SPRAWOZDANIE

Z V. ZJAZDU CHIRURGÓW POLSKICH.

NAPISAŁ

DR. KAROL KLECKI

ASYSTENT KLINIKI CHIRURGICZNEJ W KRAKOWIE.

KRAKÓW.

DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

1893.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ r. 1893. Nr. 28. 30—36, 38—41.

W ubiegły wtorek, d. 11. lipca o g. 8½ rano zebrali się w murach kliniki chirurgicznej uczestnicy zjazdu, by pod przewodnictwem prof. Rydygiera, stałego prezesa zjazdów chirurgów polskich, rozpocząć doroczne obrady. Pod względem liczebnym zjazd tegoroczny przedstawia się skromniej, aniżeli zjazdy z lat ubiegłych, zwłaszcza, że z pośród tak licznych lekarzy ordynujących czyli prymaryuszów oddziałów chirurgicznych szpitali galicyjskich pierwszego dnia zjazdu nikt się nie stawił, co tem bardziej zadziwia, że trudno przypuścić, by wszyscy chirurdzy galicyjscy jednocześnie tak poważne mieli przeszkody, że przybycie na 3 dni do Krakowa było dla nich niepodobnem.

Ze Lwowa przybyli Drowie: Wehr, z Warszawy Drowie: Sawicki, Radziwiłłowicz i Tokarski; z Kielc Dr. Czaplicki, z Oświęcima Dr. Łucki, z Prus Dr. Pomierski, z Radomyśla Dr. Ferensiewicz, z Białej Dr. Kapelusz.

Na zjeździe były więc reprezentowane głównie siły krakowskie, zwłaszcza, że na pierwsze posiedzenie oprócz dwu naszych professorów chirurgii, Drów Rydygiera i Obalińskiego oraz docentów Bossowskiego i Trzebickiego przyszło wielu profesorów Uniwersytetu Jagiellońskiego, mianowicie: Prof. Browicz, Cybulski, Pieniążek, Mars, Jaworski, Gluziński i Kostanecki. Lekarze wojskowi byli reprezentowani przez szefa sanitarnego Dra Hubera, lekarza sztabowego Dra Koprzywę, oraz 3 ch młodszych lekarzy wojskowych. Grono lekarzy krakowskich oraz asystenci i elewi kliniczni dopełniali kompletu; obrad zaś zjazdu słuchało, jak i w latach ubiegłych, kilkudziesięciu uczniów medycyny. W obradach przyjmowało udział podczas pierwszego posiedzenia ogółem 30 osób.

Zanim przystąpiono do właściwej pracy zjazdowej, zwiedzano przez godzinę gmach i urządzenia wewnętrzne kliniki

chirurgicznej. Ponieważ urządzenia te są czytelnikom *Przeglądu lek.* po większej części z osobistych oględzin lub opisów znane, ograniczę się do zanotowania, że w ciągu ubiegłego roku przybył klinice chirurgicznej wcale piękny ogród spacerowy, założony dla użytku chorych na placu, zajmującym około 1 $^1/_2$ morgi, położonym za gmachem klinicznym. Ogród ten, w drobnych szczegółach jeszcze nie zupełnie wykończony, (np. brak jeszcze ławeczek) jest ze względu na zdrowie chorych, zwłaszcza rekonwalescentów, bardzo ważnym nabytkiem, a zarazem bardzo przyjemnym dla nich; to też od czasu nastania dni ciepłych prawie wszyscy nasi chorzy, cierpieniem do łóżka nie przykuci, większą część dnia spędzają na świeżem powietrzu. Po zwiedzeniu kliniki i pracowni klinicznej, zebrano się o g. 10. przed południem w sali wykładowej.

Prof. Rydygier zagaja 1. posiedzenie zjazdu powitaniem przybyłych uczestników obrad; zaznacza, że zjazd tegoroczny jest stosunkowo nieliczny, gdyż bardzo wielu lekarzy warszawskich, uczęszczających dotychczas na zjazdy chirurgów polskich, wybiera się w tym roku na międzynarodowy zjazd lekarzy w Rzymie. Udanie się zjazdu zależy jedynie od ilości i jakości zapowiedzianych wykładów; dotychczas zapowiedziano ich niewiele, ale niewątpliwie niejeden wykład zastanie jeszcze w niedalekiej przyszłości zapowiedzianym. Co się zaś tyczy jakości, czyli treści wykładów, to nasze zjazdy bynajmniej nie ustępują niemieckim; dzięki uczestnictwu wielu kolegów niechirurgów, a wykształconych zawodowo w innych gałęziach, teorytycznych, często miewamy na naszych zjazdach wykłady treści ogólniejszej, wysoką wartość mające. Tak samo zapowiada się i tegoroczny zjazd pod względem materyału. Ta okoliczność, że zjazd tegoroczny nie jest zbyt licznym, nie dowodzi bynajmniej, że zjazdy te odbywają się za często; przeciwnie, na poprzednich zjazdach musiano się zawsze spieszyć, by należycie materyał zjazdowy wyzyskać, a po utworzeniu nowego wydziału lekarskiego we Lwowie, zjazdy chirurgów polskich bodaj jeszcze częstsze będą.

Szczupłe zasoby pieniężne niepozwoliły na wydanie dwu ostatnich tomów Pamiętnika zjazdu; w roku bieżącym Pamiętnik wyjść powinien w ciągu dwu miesięcy, jeśli wszyscy uczestnicy zjazdu wniosą obowiązkowe składki. Gdyby komitetowi redakcyjnemu pozwolono przez odpowiednią uchwałę w razie potrzeby umieszczać w pamiętniku skrócenia lub streszczenia wykładów i dyskusyj, możnaby wydawać Pamiętnik znacznie tańszym kosztem. Mowca prosi wykładają-

cych, by rękopisy wykładów swoich najdalej w ciągu kilku dni składali u sekretarza zjazdu, Doc. Dra Bossowskiego. Dr. Krajewski z Warszawy za pośrednictwem Dra Radziwiłłowicza przysłał okazowy pierwszy zeszyt nowego wydawnictwa chirurgicznego polskiego, którego redakcyą rozpoczął. Jest to rodzaj archiwum, p. t. Przegląd Chirurgiczny, a przedstawiającego się wspaniale[1]. Dr. Krajewski proponuje zjazdowi umieszczanie prac zjazdowych w tem nowem wydawnictwie; Prof. Rydygier watpi jednak, czy dałoby się to urzeczywistnić ze wględu na miejsce, jakie szczegółowe referaty zjazdowe zajmują i ze względu na to, że niepodobna zmuszać członków zjazdu do ogłaszania prac swoich w pewnem wydawnictwie, gdy ono nie jest urzędowym pamiętnikiem zjazdu. Zresztą Prof. Rydygier zamierza naradzić się w tej sprawie z kolegami przybyłymi z Warszawy; zastrzega więc sobie głos w tej sprawie na póżniej. Tymczasem otwiera zjazd i proponuje wybór prezesa i jego zastępców. Jednomyślnie uproszono Prof. Rydygiera, by na stanowisku stałego prezesa zjazdu chirurgów polskich i nadal pozostał; na wniosek zaś Prof. Obalińskiego wybrano na zastępców prézesa Drów Wehra i Sawickiego. Na stanowisku sekretarza zjazdu pozostal Doc. Dr. Bossowski, skarbnika zaś Doc. Dr. Trzebicky.

Po wyborze prezydyum rozpoczął wykład:

Prof. Browicz (z Krakowa): O przeszczepialności raka. Mowca nie opiera wywodów swoich na własnych doświadczeniach, gdyż tego rodzaju doświadczenia mają racyę bytu tylko wówczas, jeśli są prowadzone na wielką skalę; na to zaś stosunki miejscowe krakowsskiego zakładu anatomii patologicznej stanowczo nie pozwalają. Z drugiej srtony, w literaturze omawianego przedmiotu nagromadzono tyle faktów, że samo szczegółowe i krytyczne rozpatrzenie ich do pewnych doprowadzić może wniosków. Jest faktem stwierdzonym, że rak jest przeszczepialny, a najwymowniejszym tego przykładem i dowodem jest doświadczenie Dra Wehra, w którem rak przeszczepiony na psa rozrastał się, tworzył przerzuty i w końcu zwierzę o śmierć przyprawił. Dotychczasowe doświadczenia nad przeszczepialnością raka dadzą się podzelić na 3 gromady:

---

[1]) Wydwnictwo to omówionem będzie na innem miejscu. (Wyszło dopiero wczoraj d. 10 lipca).

I. Szczepiono kawałki tkanki rakowej ludzkiej na zwierzęta, podlegające tej chorobie (najczęściej psy, lecz także na małpy, szczury, króliki i świnki morskie); takich doświadczeń robiono dotychczas najwięcej, a dały one, (z wyjątkiem pierwszych doświadczeń Langenbecka) po większej części wyniki dodatnie, t. j. przeszczepione kawałki tkanki rakowej rozrastały się przynajmniej przez pewien czas.

II. Przeszczepiano tkankę rakową ze zwierząt na zwierzęta tegoż samego gatunku (raki u psów i szczurów są dość częste); wyniki doświadczeń tych były w jednych przypadkach ujemne, w innych dodatnie.

III. Wreszcie przeszczepiano tkankę rakową z człowieka na człowieka (właściwie z jednego miejsca na drugie u tego samego osobnika). Doświadczeń takich jest niewiele, ale są między nimi i takie, których wynik jest dodatni.

Posługiwano się rozmaitemi metodami: przeszczepiano kawałki tkanki rakowej, wstrzykiwano zawiesinę z tkanek tych do tkanek zdrowych i krwi; zwierzęta niejako przygotowywano do tego zabiegu, starając się jakoby zmienić ich stan fizyologiczny przez zmianę pożywienia i innych warunków; do doświadczeń wybierano umyślnie zwierzęta stare. Tkanki fizyologiczne, przeszczepione z miejsca na miejsce lub z jednego ustroju na drugi, wchodzą w organiczny związek z nowem podłożem czyli p r z y r a s t a j ą. Nie rozrastają się nigdy, mogą jednak zastósować się do nowej gleby, zmieniając niektóre własności (np. skóra murzyna, przeszczepiona na europejczyka po niejakimś czasie bieleje i odwrotnie). Należy jednak ściśle rozróżniać p r z e s z c z e p i a n i e od w s z c z e p i a n i a, czyli t. z. *implantatio* tkanek w szczeliny lub do jam innego ustroju; doświadczenia wykazały, że tkanki wszczepione z jednego zwierzęcia na drugie tegoż samego gatunku, mogą się rozrastać; wszczepione zaś do ustroju odmiennego gatunku, ulegają zanikowi. Przeszczepianie z jednego ustroju na drugi jest tem łatwiejszem, im bliżej do siebie organizmy te stoją pod względem zoologicznym. Pomimo indywidualności i autonomii komórek, komórki rozmaitych zwierząt przedstawiają więc znaczne fizyologiczne różnice.

O l l i e r, który przez lat 30 pracował nad przeszczepianiem kości i okostnej, wykazał, ze tkanki te, przeszczepione na podłoże, pod względem anatomicznym odpowiednie, przyjąć nie mogą a najczęściej przyjmują; przeszczepione zaś na miejsce nieodpowiednie powoli obumierają. Paweł B e r t z przeszczepiania ogonów szczurzych miał

dodatnie wyniki tylko wówczas, gdy posługiwał się do doświadczeń pewnym gatunkiem szczurów.

Przy rozrastaniu się przeszczepionych tkanek rozrost ogranicza się jedynie i wyłącznie do komórek przeszczepionych; tkanki sąsiednie żadnego udziału w sprawie tej nie biorą. Tkanki embryonalne, przeszczepione na inny ustrój, rozrastać się mogą, ale tylko do pewnej granicy, poczem zanikają. Fischer obserwował zjawisko to na kończynach płodowych, przeszczepionych do grzebieni kogucich. Taki sam wynik dają udane doświadczenia przeszczepienia tkanek rakowych. Zazwyczaj po niejakimś czasie tkanki te podlegają zanikowi. Doświadczenie Dra Wehra jest jednem z bardzo nielicznych pod tym względem wyjątków; w literaturze francuzkiej, bardzo bogatej w tej dziedzinie, znajduje się nader wiele faktów, które tego dowodzą.

Sposób powstawania przerzutów rakowych jasno dowodzi zdolności proliferacyjnej komórek rakowych; jest to niejako eksperyment naturalny. Zachodzi więc pewna analogia pomiędzy zachowaniem się przeszczepionych komórek tkanek fizyologicznych a komórek rakowych. Prof. Browicz mocno akcentuje, że zachowanie to jest tylko analogicznem, nie zaś jednakowem, gdyż obydwa te rodzaje wymienionych tkanek zachowują się zupełnie odmiennie w stosunku do tkanki sąsiedniej.

Fakty te stanowczo mówią przeciwko teoryi posożytniczej raka, opartej na badaniach, które miały wykazać etyologię tej choroby: *coccidia*, *sporozoa*, drobnoustroje a wreszcie ameby. Oddawna już krąży w literaturze patologicznej pojęcie, że sama kómórka rakowa jest niejako pasożytem.

Na zasadzie wszystkich powyż. przytoczonych danych, skrzętnie z literatury właściwej zebranych, a dowodzących, że rak w pewnych okolicznościach jest przeszczepialnym, że istnieje jednak w tej przeszczepialności wielka analogia pomiędzy tkanką rakową a fizyologiczną, dochodzi Prof. Browicz do wniosku, że stwierdzona przeszczepialność raka bynajmniej nie przemawia za domniemaną jego naturą pasożytniczą. Pomiędzy zmianami w narządach, wywołanemi przez choroby zakaźne a przez *coccidia* lub *sporozoa* również żadnej analogii upatrywać nie można. Bujanie komórek wątrobianych w otoczeniu kokcydyów różni się zasadniczo od bujania komórek rakowego; nie jest ono bowiem niczem innem, jak tylko zwykłem oddziaływaniem ustroju, spostrzeganem bardzo często w sąsiedztwie ciał obcych, wprowadzonych do tkanki.

Prof. Rydygier dziękuje prof. Browiczowi za wykład i otwiera dyskusyę nad kwestyą przeszczepialności raka.

Dr. Wehr (ze Lwowa) dzękuje prof. Browiczowi za powołanie się na jego doświadczenie oraz za wyrazy uznania dla tego doświadczenia; nie zmienił dotychczasowego zapatrywania się na naturę raka i trzyma się tego, co na ostatnim zjeździe chirurgów był wypowiedział. Badania mające przyczynić się do wyświecenia natury raka, muszą być prowadzone na wielką skalę: potrzeba do tego dużego materyału, znacznych funduszów i dlatego badania takie są niemożliwe bez poparcia rządu. Od r. 1888 prowadzi Dr. Wehr w dalszym ciągu doświadczenia nad rakiem u zwierząt: przed niejakim czasem trzymał on sukę z rakiem pochwy w jednej klatce z psem, u którego sprawiono przeczos (*excoriatio*) na prąciu. Spółkowanie zwierząt tych stwierdzono, zakażenie psa rakiem nie nastąpiło. Raki pochwy, jakie mowca u suk spostrzegał, wydały mu się jakoby powstałe drogą przerzutu. Co się zaś tyczy brodawczaków na prąciu u psów, nie można było w nich wykazać histologiczne ciągłości przybłonka; guzki takie z łatwością dawały się wyłuszczyć; ztąd wyprowadza Dr. Wehr wniosek, że mogą one powstać przez przeszczepienie. Zdaniem weterynarzy, mających sposobność częstego obserwowania raka u zwierząt, powstawanie takie guzków tych jest prawdopodobnem. Pierwszy Langenbeck w r. 1847 przeszczepiał raka, wstrzykując do tkanki sok, wyciśnięty z *carcinoma medullare.* Virchow wykazał jednak później, że zmiana, jaka po wstrzyknięciu tem nastąpiła, nie była natury rakowej. Byłoby nader ważnem, gdybyśmy mogli poznać okoliczności, w jakich przeszczepione raki na nowej glebie się przyjmują. W czterdziestu kilku doświadczeniach, w których przeszczepiony rak przyjął się, po dłuższym lub krótszym czasie powstałe guzki uległy wessaniu; następowało niejako zbliznowacenie tych guzków; najpierw występowały drobne komórki okrągłe, później wrzecionowate, wreszcie wytwarzała się blizna. Jest wielka różnica pomiędzy tkankami fizyologicznemi a tkanką rakową pod względem przeszczepialności: tkanka fizyologiczna rozrasta stę tylko w granicach fizyologicznych, rak zaś buja prawie bezgranicznie. Od czegóż więc zależy ta własność bujania, jaką posiadają komórki rakowe? Komórka rakowa musi zawierać jakiś swoisty czynnik, pobudzający ją do tak znacznej proliferacyi. Schleich i Klebs utworzyli teoryę zapłodnienia komórek rakowych;

teoryę tę słusznie wyśmiał Birch-Hirschfeld. Z drugiej strony wszystkie spostrzegane zjawiska, odnoszące się do raka, można łatwo wytłomaczyć, jeśli przyjmiemy, że w powstawaniu raka gra największą rolę jakiś czynnik, który przybył z zewnątrz. Nowych dowodów nie może mowca tymczasem przytoczyć, ale z dotychczas stwierdzonych faktów więcej przemawia za, niż przeciw posożytniczej teoryi raka. Za kilka lat sprawa ta może zostać wyjaśnioną; *qui vivra, verra!*

Dr. Kryński (z Krakowa) zwraca uwagę, że w razie udania się przeszczepień raka zawsze zrobić będzie można ten zarzut, że jest to fakt analogiczny do przeszczepienia tkanek fizyologicznych. Najważniejszem zadaniem jest przedewszystkiem wyświecenie etyologii raka. Dr. Kryński skłania się do teoryi, według której same komórki rakowe są pasożytami; teoryę tę bowiem tłomaczą wszystkie odnośne zjawiska a nie ma potrzeby przyjmować wszystkich tworów rysowanych dotychczas w komórkach rakowych za swoiste dla choroby tej pasorzyty. Teoryę Cohnheima uważa mówca za wytwór fantazyi.

Dr. Schramm (ze Lwowa) nie może zgodzić się na to, by komórki rakowe można uważać za pasorzyty; dlaczegóż nie twierdzimy tego samego o komórkach chrząstniaka lub mięsaka? Badanie histologiczne wykazuje zupełnie ścisłe stopniową przemianę komórek przybłonkowych w rakowe; nie można więc wytłomaczyć, w jaki sposób miałyby przeistaczać się prawidłowe komórki w pasorzyty. Jeżeli spostrzegane fakty zmuszają nas do przyjęcia teoryi pasorzytniczej, należy w takim razie przyjąć już jakiś swoisty pasorzyt, pobudzający komórkę przybłonkową do dalszych przemian, podobnie jak ciałko nasienne pobudza jajko, zapładniając je. Jakiś czynnik pobudzający należy przyjąć w każdym razie.

W odpowiedzi kol. Schrammowi zwraca prof. Browicz uwagę, że w zapatrywaniu, iż komórka raka jest niejako tym pasorzytem będącym przyczyną raka, nie mieści się żadna nowa teorya a tem mniej łączyć je można z teoryą Adamkiewicza, gdyż zapatrywanie podobne od dawna spotyka się w literaturze. Na czem owe właściwości komórki raka polegają, nie wiemy tak samo, jak nie wiemy, dlaczego np. przeszczepione, fizyologiczne tkanki, które z początku się rozrastają, później doszczętnie znikają. Na uwagę kol. Kryńskiego, jakoby teorya Cohnheima była dzisiaj dominującą, oświadcza, iż dzisiaj teoryi Cohnheima w całej jej rozciągłości nikt już nie hołduje, i że już dawno, wkrótce

po jej ogłoszeniu, (Br. sam już przed 12 laty w wykładzie mianym w Towarzystwie lekarskiem a ogłoszonym w *Przeglądzie lekarskim* z r. 1881, podniósł zarzuty przeciw teoryi Cohnheima w jej pierwotnem brzmieniu) podniosły się głosy przeciwko owym zbłąkanym lub niezużytym ogniskom komórkowym charakteru zarodkowego, z których Cohnheim wywodził powstawanie nowotworów. Kol. Wehr tłómaczy pojawienie się raka na twarzy w kilku miejscach w przedstawionych przez siebie przypadkach jako wynik przeniesienia raka z jednego miejsca na drugie, słusznie wyłącza przeniesienie się przez naczynia, ale o wiele prościej, zdaje się prof. Br., tłomaczyć można przypadki te jako przypadki wielokrotnego raka, w których każde z ognisk, niezależnie od drugich, powstało jako wynik jawnego już usposobienia indywidualnego. — Wykazano przypadki wielokrotności raka u jednego i tegoż samego indywiduum w różnych narządach, w których stósownie do rodzaju przybłonka powstały raki o różnej budowie histologicznej. W podobny sposób, jak przypadki kol. Wehra, tłumaczyć można przypadki kol. Pieniążka, o których kol. Wehr wspomina. Znane i możebnie, zdaniem mojem, tłomaczone bywają przypadki pojawienia się raka w bliznach lub w ich bezpośredniem sąsiedztwie po usunięciu chirurgicznem raka jako wynik możebnego wszczepienia cząsteczek raka w ranę powstałą z zabiegu operacyjnego, jakkolwiek na podstawie badań Heidenheina co do raka sutka, jakoteż dokonanych w instytucie, pod moim kierunkiem się znajdujących a na drugim zjeździe chirurgów polskich przez Hempla przedstawionych badań co do pojawienia się w dalszych częściach żołądka, po wycięciu rakowo zwyrodniałej części odźwiernikowej żołądka ognisk rakowych tłomaczyć je można jako rozrost mikroskopowych, już w czasie oparacyi istniejących ognisk rakowych. Znane i nie tak rzadkie są przypadki wszczepienia się cząsteczek raka w jamach surowiczych, w obrębie których istnieją powierzchownie położone ogniska rakowe np. w wątrobie lub żołądku, zkąd oddzielone cząsteczki rozsiewają się w jamie otrzewny i tworzą np. w obrębie zatoki Douglasa ogniska wtororzędne. Wiadomo zresztą, jakich ostrożności potrzeba, ażeby tkankę przeszczepioną na jakąś powierzchnią, utrzymać w stanie życia i sprowadzić przyrośnięcie, trudniej przeto, zdaje mi się, przyjąć tak łatwo przeszczepienie komórek raka wrzodziejącego na inną część skóry, chociażby nadwerężonej. (*Autoref.)*

II. wykład. Prof. Obaliński (z Krakowa): Uwagi nad laparotomią z powodu niedrożności jelit na podstawie 110 własnych przypadków.

Przed sześciu laty zdawał sprawę prof. Obaliński na zjeździe przyrodników i lekarzy polskich we Lwowie z tej samej kwestyi; opierał się wówczas na 38 własnych przypadkach a doszedł do wniosku, że pomimo wszelkich usiłowań nie możemy rozpoznać należycie niedrożności jelit we wczesnym okresie tej choroby. Proponował wówczas próbną laparatomię; w przypadkach stwierdzenia czynnościowej niedrożności jelita (*ileus paralyticus*) lepiej jest oczywiście zachowywać się wyczekująco, aniżeli operować. W końcu podał szemat, według którego należałoby obserwować przypadki przed laparotomią i po niej, gdyż tą tylko drogą, opierając się na wielkiej ilości przypadków, można ustalić podstawy rozpoznania. Dzisiaj rozporządza bardzo wielkim materyałem, gdyż stanowi go 110 własnych przypadków a ostateczny wniosek, do którego doszedł, jest taki sam, jak przed 6 laty a mianowicie: tam, gdzie mamy do czynienia z niedrożnością mechaniczną (anatomiczną), należy operować, w przypadkach zaś niedrożności czynnościowej (porażnej) wyczekiwać.

Chirurgia postąpiła jednak w tym względzie w ciągu ostatnich lat: dzisiaj możemy w większej liczbie przypadków rozpoznać, z jakim rodzajem niedrożności mamy do czynienia. Dopiero co wypowiedzianej zasady w postępowaniu leczniczem trzyma się prof. Obaliński dopiero teraz, po krytycznem rozpatrzeniu się w zestawionym własnym materyale. Jeszcze przy setnej laparotomii trzymał się tej zasady, że w każdym przypadku niedrożności jelit robił próbną laparotomię. Wynik postępowania tego jest świetny. Prelegent przedstawia tablice, w których pokrótce zestawił swoje przypadki: odsetka śmiertelności wogóle wynosiła 65·5%. Dalej dowodzi prof. Obaliński, że metoda, której się stale trzymał, to jest, że w każdym przypadku niedrożności robił próbną laparotomię, jest najlepszą i że analogiczne sposoby praktykowane w chirurgii dały najlepsze wyniki; tak było z wycięciem jajników, tak z gruźlicą stawów. Chociaż już odstępujemy od resekcyi stawów gruźliczych, operacya ta zaznaczyła się w chirurgii bardzo poważnie, gdyż dzięki jej poznaliśmy dokładnie samą chorobę we wszystkich jej okresach. Tak samo rzecz się ma z próbną laparotomią. Ciekawem jest porównanie rezultatów otrzymanych drogą operacyjną przez prof. Obalińskiego z rezultatami, otrzymanemi

przy niedrożności jelit przez Goldamera, który obserwował 50 przypadków w oddziale wewnętrznym i który w większości przypadków postępowanie swoje do samej tylko obserwacyi ograniczyć musiał. Goldamer miał 70% śmiertelności. Jest to różnica na pozór mała: jednak zestawienia Goldmera nie można wcale przyrównywać do zestawienia prof. Obalińskiego, gdyż Goldamer w 12 przypadkach podaje *diagnosis incerta*, następnie podaje szereg przypadków, w których wogóle nie warto operować a zwłaszcza obydwu statystyk tych nie można porównywać dlatego, ponieważ prof. Obaliński w każdym przypadku mógł dokładnie przekonać się o rozpoznaniu, czy to podczas operacyi, czy też podczas operacyi i sekcyi; Goldamer zaś we wszystkich przypadkach zakończonych wyzdrowieniem, rozpoznania stwierdzić nie mógł. W dalszym ciagu przystępuje prof. Obaliński do szczegółowego rozpatrzenia grup, na jakie przypadki swoje podzielił. Praca Goldamara pod jednym względem miała doniosłe znaczenie praktyczne; wykazał on bowiem, że w przypadkach niedrożności jelita nie należy zwracać się do środków przeczyszczających, lecz podawać choremu tylko opium i to w jak największych dawkach; najmniej po 0·02—0·05 tak, żeby chory prawie ciągle był odurzony. W zwężeniach jelita na 4 przypadki wyzdrowiało 3, umarł 1; w skręceniu zagięcia esowatego (*torsio flexurae sigmoideae*) na 19 przypadków umarło 9, wyzdrowiało 10.

W r. 1889 opisał prof. Obaliński *w Przeglądzie lek.* i *Berl. klin. Wochenschrift* przypadek niedrożności jelita, w którym obserwował chorobę tę od samego początku, gdyż powstała ona w jego oddziale szpitalnym. U kobiety, której przed trzema tygodniami wyciął prof. Obaliński macicę, wystąpiły nagle bardzo gwałtowne bóle i inne objawy niedrożności jelita; w 12 godzin później wystąpiło ogromne wzmożenie się ruchu robaczkowego jelit. Na zasadzie 36 przypadków znał już wówczas prof. Obaliński doniosłe znaczenie tego objawu; rozpoznał przeto niedrożność mechaniczną, wykonał laparotomię i chorą uratował. Wtedy to wystąpił prof. Obaliński przeciwko Bummowi, który nad symptomatologią niedrożności jelita przechodził do porządku dziennego i podniósł powiększenie się ruchu robaczkowego jelit do znaczenia objawu patognomonicznego w mechanicznej niedrożności jelita.

Drugim objawem patognomonicznym w tym rodzaju niedrożności jelita jest wykazane przez Wahla tak zwane

wzdęcie brzucha miejscowe (*localer Meteorismus*). Bardzo ważnemi w tej kwestyi są prace Zoege v. Manteuffla i Kadera; klinicznie i doświadczalnie udowodniono znaczenie tego objawu. Uciśniona pętla jelitowa podlega pewnym zmianom: występują zboczenia w krążeniu, zmiany w samej ścianie jelita, powiększenie się wydzielania i nagromadzenie się w takiej pętli treści płynnej i gazów; pętla taka zostaje porażoną, nieruchomą. Jeśli, badając klinicznie, wykazać możemy w brzuchu taką pętlę, możemy z zupełną pewnością rozpoznać mechaniczną niedrożność jelita.

Na zjeździe chirurgów niemieckich w r. 1891 zaprzeczał Zoege v. Manteuffel, że podobne zmiany występują rownież w jelicie doprowadzającem, Schlange jednak wykazywał, że zmiany takie zachodzą i w doprowadzającej pętli; nie są one jednak tam tak wybitne, jak w pętli zaciśniętej; przedewszystkiem ściana jelita doprowadzającego nie jest porażoną w tak wysokim stopniu, przeciwnie występują w niej ruchy przeciwrobaczkowe (antyperystaltyczne) w przeciwieństwie do pętli zaciśniętej, która pozostaje nieruchomą. Dopiero po dłuższym czasie następuje całkowite porażenie jelita doprowadzającego. Już Nothnagel wykazał przez doświadczenia, że po zaciśnięciu jelita pętla doprowadzająca wydyma się i że występują w niej ruchy przeciwrobaczkowe. Po wystąpieniu ogólnego zapalenia otrzewnej uważa prof. Obaliński operacyą za spóźnioną. W swoich 110 przypadkach mógł był prof. Obaliński wielokrotnie stwierdzić jeden z tych dwu objawów lub też obydwa. Przekonał się o nich nie we wszystkich przypadkach dlatego, ponieważ zwracał uwagę na objawy tę dopiero od pewnego czasu. W skręceniu zagięcia esowatego na 19 przypadków zapisano miejscowe wzdęcie brzucha 15 razy, w 4 przypadkach nie zapisano go, lecz były to przypadki najbardziej zadawnione; powiększenie się ruchu robaczkowego zanotowano 4 razy. W chorobie tej miejscowe wzdęcie brzucha jest bardzo znaczne; zachodzą tu jednak pewne stosunki anatomiczne, wskutek których ruchu robaczkowego w przypadkach tych, jak to wykazał Samson, nie widzimy: wydęta pętla znajduje się w tylnej części brzucha i jest od przodu innemi pętlami jelitowemi zakryta. W r. 1885 obserwował prof. Obaliński powtórne skręcenie *S* rzymskiego; uratował ten przypadek przez resekcyę jelita, proponował wówczas wycinać nie całe zagięcie esowate, ale tylko znaczną jego część. Inni idą jeszcze dalej i proponują całkowite wycięcie tego jelita. — Recydywę skręcenia zagięcia esowatego spostrzegał prof.

Obaliński 4 razy; 3 przypadki zakończyły się pomimo operacyi śmiertelnie, 1 wyzdrowiał.

Skręcenie *ilei* operował prof. Obaliński 19 razy; w przypadkach tych występywały wymioty prawie stale (17 razy); wzdęcie brzucha miejscowe i ruchy robaczkowe jelit i w tych przypadkach spostrzegano, lecz nie w wszystkich z powyżej już wymienionych powodów. Jeśli jelito cienkie jako całość skręci się na około kreski, nie spostrzegamy ruchu robaczkowego, gdyż całe jelito cienkie jest wówczas porażonem. Możemy jednak stan ten łatwo rozpoznać: w niedrożności czynnościowej wzdęcie brzucha jest jednostajnem, w niedrożności zaś w skutek skręcenia całego jelita cienkiego naokoło kreski wzdęcie to jest pagórkowate, ruchy zaś robaczkowe nie występują. W przypadkach tych rokowanie jest bardzo złe; już po dwunastu godzinach może nastąpić obumarcie ściany jelita.

Prof. Obaliński operował 11 przypadków zadzierzgnienia jelita *(stragulatio intestini)*; pięć wyzdrowiało, sześć umarło. Wybitny ruch robaczkowy zanotowano siedm razy, wzdęcie brzucha miejscowe raz jeden. Zazwyczaj występuje tu wzdęcie brzucha miejscowe; nie zawsze jednak można je klinicznie wykazać, zwłaszcza jeśli uciśnięta pętla jest niewielka. W podobny sposób rozpatruje prelegent 14 grup, na które podzielił swoje 110 przypadków niedrożności jelita. Zazwyczaj występował albo jeden albo obydwa objawy, o które w wykładzie niniejszym głównie chodzi. Szczegółowy opis powyższych przypadków poda prof. Obaliński w pracy, jaką wyda na uczczenie teraźniejszej budowy nowego pawilonu chirurgicznego szpitala św. Łazarza.

W przypadkach zapalenia otrzewny z przedziurawienia (*peritonitis perforativa*) operował prof. Obaliński 9 razy; 8 przypadków zakończyło się śmiertelnie. W przypadkach *ileus paralyticus* nie operuje wcale, chyba wyjątkowo; występuje on najczęściej w zapaleniach otrzewny, powstałych przy zapaleniu kiszki ślepej lub *appendicitis necrotica*, również przy *perimetritis parametritis.* W tych przypadkach należy operować tylko tam, gdzie zapalenie otrzewny jest ograniczone. Jeśli sprawa chorobowa bierze swój początek w wyrostku robaczkowym, należy koniecznie odszukać go i wyciąć.

Prelegent spostrzegał 7 przypadków wgłobienia jelit; wszystkie zakończyły się śmiertelnie, ale też dostały się prof. Obalińskiemu bardzo późno, bo średnio 13-go dnia po wystąpieniu cierpienia. W tych przypadkach może najłatwiej

przekonać się można o wzmożeniu się ruchu robaczkowego jelit, bo tu w każdym razie być musi. Przypadki wrzekomej przepukliny (*hernia spuria*) były operowane późno; połowę uratowano, połowa zmarła. W przepuklinie ukrytej (*hernia occulta*) wykazać można zawsze stwardnienie i ruch robaczkowy; należy je operować jak najrychlej. Pomimo to przypadki te były operowane późno (średnio 8-go dnia); połowę uratowano.

Po rozpatrzeniu tak ogromnego własnego materyału, dochodzi prof. Obaliński do następujących wniosków:

Niedrożność jelita czynnościowa daje się klinicznie odróżnić od niedrożności mechanicznej; w pierwszej występuje jednostajne wzdęcie brzucha bez wyraźnego rysunku osobnych pętli, w przypadkach zaś niedrożności mechanicznej występuje wzdęcie brzucha miejscowe lub powiększenie się ruchu robaczkowego kiszek lub też obadwa te objawy. Na podstawie tych dwu objawów wczesne rozpoznanie mechanicznej niedrożności zwykle jest możliwe a gdyby przypadki te operowano wcześniej, aniżeli to się dzieje obecnie, wyniki operacyjne byłyby znacznie lepsze.

Prof. Obaliński zwraca uwagę na te dwa objawy, zalecając w każdym przypadku niedrożności jelita dokładną obserwacyę w tym względzie. Stwierdzenie tych objawów przed laparotomią jest koniecznem, gdyż wówczas dopiero można dojść do umotywowanego rozpoznania, które operacya będzie mogła stwierdzić.

Prof. Rydygier dziękuje prof. Obalińskiemu za powyższy wykład, oparty na tak obfitym własnym materyale klinicznym i otwiera dyskusyę w tym przedmiocie.

Prof. Gluziński (z Krakowa) zwraca uwagę, że prof. Obaliński w wykładzie swym podaje dwa charakterystyczne objawy, mające służyć do wczesnego rozpoznania mechanicznej niedrożności jelit; objawy te nie zawsze występują jednak tak wcześnie, by wezwany do chorego lekarz mógł z nich rozpoznać cierpienie odrazu z łatwością. Występują one wyraźnie zazwyczaj dopiero po dwóch dniach a nawet czasami i później. W przypadkach niedrożności jelit wymioty nie przedstawiają w początkowych okresach choroby również nic charakterystycznego; z początku zawsze występują odruchowe wymioty, dopiero później, po paru dniach, brak wymiotów jest charakterystyczną cechą, na której może się oprzeć rozróżnienie choroby od innych. A więc trzeba czekać 2—3 dni na wytworzenie się tych objawów. Lekarz internista, wezwany do chorego z objawami niewyraźnemi

a mogącymi być początkowymi objawami mechanicznej niedrożności jelit, musi myśleć o wielu innych chorobach rozpoczynających się w podobny sposób, n. p. kamicy żółciowej lub nerkowej; i w tych chorobach pewne rozpoznanie jest często możebnem dopiero po paru dniach a z góry wykluczyć ich nie można. Co się tyczy zapalenia okątniczego (*perityphlitis*), jest prof. Gluziński zdania, że najlepiej jest przystępować do operacyi w przypadkach tych w 4—5 dni po wystąpieniu cierpienia, t. j. wówczas, gdy już rozpocznie się ropienie. Jeżeli można rozpoznać przedziurawienie wyrostka robaczkowego u osób, które przedtem nie przechodziły chorób w okolicy kiszki ślepej, należy niezwłocznie przystąpić do laparotomii, gdyż w przeciwnym razie ogólne zapalenie otrzewnej sprowadza śmierć w 1—2 dni; jeżeli zaś przedziurawienie następuje do miejsca otorbionego, cierpienie pozostaje miejscowem i nie grozi bezpośrednio poważnem niebezpieczeństwem; w tych przypadkach niema więc potrzeby wykonywać natychmiast laparotomii.

Dr. Kryński (z Krakowa) prosi o wyjaśnienie w kwestyi podawania makowca w niedrożności jelit. W *ileus mechanicus* środek ten może być pomocnym, w *ileus* zaś *functionalis* może być wprost szkodliwym; stwierdził to Reichel zarówno klinicznie jakoteż i doświadczeniami.

Prof. Rydygier zgadza się wogóle z wywodami prof. Obalińskiego, jest jednak odmiennego zdania co do postępowania leczniczego w przypadkach zapalenia otrzewnej z przedziurawienia (*peritonitis perforativa*). Wszak wiadomo, że przypadki te kończą się zawsze śmiertelnie, jeżeli się ich jak najrychlej nie operuje; inne zejście jest możebnem jedynie w tych stósunkowo rzadkich przypadkach, gdy przedziurawienie następuje do miejsc otorbionych. Z drugiej strony znane są przypadki tego rodzaju, uratowane przez operacyę. Należy więc starać się o jak najrychlejsze rozpoznanie przedziurawienia jelita i w razie, jeśli to się stanie a niema szczegółowych przeciwwskazań, należy niezwłocznie przystąpić do operacyi. Następnie zwraca się prof. Rydygier do prof. Gluzińskiego z prośbą o bliższe wyszczególnienie tych chorób, które powinien mieć na myśli internista badający chorego z objawami niedrożności jelita w początkowych okresach choroby.

Prof. Gluziński odpowiada Drowi Kryńskiemu, że klinicznie stwierdzono i nie podlega to wątpliwości, że w *ileus paralyticus* najlepszym środkiem jest makowiec w dużych dawkach, bo on jeden sprowadza w przypadkach tych

pożądaną solucyę. Dalej odpowiada prof. Gluziński prof. Rydygierowi, że podobne objawy, jakie mamy w początkowych okresach niedrożności jelit, występują często w kamicy żółciowej i nerkowej. W kolce nerkowej występują bóle w lędźwiach, wymioty, wzdęcie brzucha; środki przeczyszczające solucyi często nie sprowadzają. Umiejscowienie bólów w lędźwiach pod względem rozpoznawczym nic charakterystycznego nie przedstawia, gdyż bóle w lędźwiach występują również i w skręceniu zagięcia esowatego, prawdopodobnie wskutek zwinięcia się kreski. Często napad taki trwa 2 dni i dłużej a dopiero po ukończeniu napadu można sprawę rozpoznać dokładnie.

Dr. Schramm (ze Lwowa) przypomina, że do niedawna prof. Obaliński trzymał się tej zasady, że w każdym przypadku niedrożności jelita wykonywał laparotomię. Pomijając cztery przypadki zapalenia gruźliczego otrzewny, operacya wykazała, że w przypadkach tych zabieg chirurgiczny był potrzebnym. Dr. Schramm zapytuje się więc prof. Obalińskiego, czy w owych 110 przypadkach, operowanych bez ścisłejszych wskazań, próbnie, nie napotkał takich, w których operacya okazała się niepotrzebną. Mowca zgadza się z prof. Gluzińskim, że w wielu przypadkach wewnętrznej okluzyi wczesne rozpoznanie, t. j. nawet po 24 godzinach, jest niemożebnem; są przypadki zwykłego zaparcia żywota, nie dające się odróżnić od zwężenia światła jelita. Ruch robaczkowy kiszek często występuje tylko w początkach choroby, później objaw ten znika.

Dr. Wehr (ze Lwowa) zgadza się również na to, że w niektórych przypadkach niedrożności jelita wczesne rozpoznanie jest niemożebnem. W r. 1887 obserwował przypadek, w którym wystąpiły bóle w brzuchu i wymioty; nie było można sprawy dokładnie rozpoznać; po przepłukaniu żołądka wymioty ustąpiły na 12 godzin, po powtórnem przepłukaniu na 8 godzin. Wówczas wykonał laparotomię próbną i okazało się, że przyczyną niedrożności jelita był wielki kamień kałowy, który w kilku miejscach już był wywołał odleżynę ściany jelita. Dr. Wehr żałuje, że w przypadku tym nie przystąpił odrazu do laparotomii a tracił czas na przepłukiwanie żołądka. Ani wzdęcia brzucha, ani też ruchów przeciwrobaczkowych kiszek w przypadku tym wykazać nie mógł: wystąpiły tylko bóle, wymioty i brak stolca. Dalej pyta się Dr. Wehr prof. Obalińskiego, czy nie napotkał w szeregu swoich przypadków promienicy (*actinomycosis*) wyrostka robaczkowatego.

Prof. Mars (z Krakowa) uważa makowiec za najlepszy środek lekarski w przypadkach niedrożności jelita. — Zwraca dalej uwagę, że zwłaszcza u kobiet występują stósunkowo dosyć często bardzo znaczne obstypacye. W praktyce swojej ma dwie kobiety, które mają wyprożnienia mniej więcej dwa razy na miesiąc a ze 6—8, które oddają stolec raz na tydzień; takich kobiet, które oddają stolec co 3—4 dni, jest bardzo wiele. W podobnych przypadkach lekarz powinien dążyć do przekonania się, czy ma do czynienia z niedrożnością jelita poważniejszej natury, czy też ze sprawą mniej doniosłą. Jeżeli się ma najmniejsze podejrzenie, że dany przypadek trzeba zaliczyć do pierwszej kategoryi, należy odstąpić od wszelkich środków przeczyszczających a podawać makowiec w dużych dawkach. Prof. Mars obserwował w dwu przypadkach niedrożności jelita wzmożenie się ruchu robaczkowego; uznaje ważność tego objawu, lecz sądzi, że wymaga on jeszcze dalszych badań.

Prof. Jaworski (z Krakowa) zgadza się wogóle z zapatrywaniem prof. Glużińskiego; i w innych jeszcze chorobach cierpienie rozpoczyna się wystąpieniem silnych bólów, wymiotów i zapadu, n. p. w t. zw. *crise gastrique*, cierpiących na wiąd rdzenia pacierzowego (*tabes dorsalis*) i inne choroby rdzenia. Objawy te występują bardzo gwałtownie a dopiero po 2—3 dniach można wykazać naturę cierpienia. Prof. Jaworski nie uważa za poślednie jednak środków przeczyszczających tak, jak to czynią poprzedni mowcy. Środki te w wielu przypadkach niedrożności jelita w praktyce prof. Jaworskiego działały bardzo skutecznie a używał on przeważnie soli czyszczących.

Ciąg dalszy dyskusyi odłożono do następnego posiedzenia rannego.

II. posiedzenie dnia 11. lipca o godzinie 2. po południu.

III. Prof. Rydygier demonstruje kilka nowych narzędzi chirurgicznych:

1) piłkę Helfericha, odznaczającą się prostotą budowy a więc bardzo łatwą do oczyszczenia; trzyma się ona w rękojeści przez samą elastyczność łuku; ma zato tę wadę, że piłka daje się przymocować tylko w jednym kierunku;

2) strzykawki aseptyczne (fabrykanta Schmidta z Berlina) o tłoku metalowym;

3) nożyce do wycinania żeber Glucka;

4) kaniule tracheotomijne B ü n g n e r a godne polecenia z tego względu, że zarówno zewnętrzna jakoteż wewnętrzna rurka daje się oddzielnie wyjąć i oczyścić.

Dalej demonstruje prof. Rydygier model stołu operacyjnego własnego pomysłu; stół ten składa się z czterech ruchomych płyt metalowych, które się ustala w dowolnem położeniu za pomocą śruby a których położenie zmienia się w stawach, zbudowanych na wzór zamków w kleszczykach P é a n a. Na stole tym można ułożyć chorego w położeniu poziomem, z uniesioną głową lub plecami, uniesioną miednicą, w ułożeniu T r e n d e l e n b u r g a i t. d.

IV. Dr. K r a s o w s k i (z Krakowa) p r z e d s t a w i a p r z y r z ą d S c h e d e g o d o l e c z e n i a s k o l i o z y. Przyrząd ten, zbudowany z glinu (*aluminium*), wprowadził do ortopedyi S c h e d e przed dwoma laty. Autor przyrządu wychodził z tego założenia, że zanim się przystąpi do leczenia właściwego skrzywienia, należy usunąć skręcenie kręgosłupa. Skręcenie to leczy się w przyrządzie Schedego za pomocą odpowiednio nalepionych szerokich pasów plastra lepkiego, przymocowanych do drążka, od którego sznurek przechodzi przez blok, na tym zaś sznurku są zawieszone ciężarki, oraz za pomocą pelot uciskających klatkę piersiową w kilku miejscach. Miednica oraz barki są ustalone przez wysłane obręcze, dające dopasować się do wymiarów ciała; głowa jest uniesioną przez zwykły rzemienny aparacik, stósowany w dotychczasowych podobnych przyrządach, chorzy trzymają się rękami za rączki drewniane, umieszczone powyżej głowy na bocznych prętach przyrządu.

Dr. K r a s o w s k i demonstruje działanie przyrządu na chorym klinicznym.

Prof. R y d y g i e r nadmienia, że przyrząd S c h e d e g o kwalifikuje się do leczenia skoliozy wyższego stopnia; przypomina on bardzo łóżko czyli maszynkę H u e t e r a, której działanie polegało na ucisku klatki piersiowej za pomocą pelot. Przyrząd S c h e d e g o jest niejako ustawionem pionowo łóżkiem Huetera; genezy zaś przyrządu tego łatwo się domyśleć, wiedząc, że obecnie mieszka w Hamburgu bandażysta, który dawniej pracował w Gryfii i wykonywał przyrządy pomysłu Huetera. Przyrząd Schedego jest skomplikowany i drogi; kosztuje 290 marek a ustawienie w nim chorego zabiera wiele czasu. Prof. Rydygier sądzi, że masaż ręczny w większej połowie przypadków doprowadzi do wyników równie dobrych, jak przyrząd S c h e d e g o. Prof. Rydygier sam niema jeszcze doświadczenia co do działania

wymienionego przyrządu; autor jego zapewnia jednak, że nawet zdesperowane przypadki skoliozy leczą się za pomocą niego w stosunkowo krótkim czasie.

V. Dr. Kryński (z Krakowa): W sprawie zakażenia z powietrza. Badanie powietrza pod względem bakteryologicznym nabrało znaczenia dla chirurgii od czasów Listera. Początkowo przypuszczano, że zakażenie rany następuje z powietrza; starano się więc ranę odpowiednio zabezpieczyć. Później przekonano się, że drobnoustroje przebywają w powietrzu tylko czasowo, gdyż znajdują one tam warunki nieprzychylne dla swego rozwoju, jako to temperaturę, światło, niedostateczną wilgoć i t. d.; stale zaś drobnoustroje przebywają w środowiskach organicznych. Ztąd w chirurgii miejsce t. zw. zakażenia z powietrza (*Luftinfection*) zajęło zakażenie przez zetknięcie, t. zw. *Contactinfection* a zmiana ta pociągnęła za sobą zmianę w postępowaniu chirurgicznem: zamiast zwalczać mikroby powietrzne, starano się niedopuszczać ich w pobliże rany — z antyseptyki wyrodziła się aseptyka. O nieszkodliwości powietrza przekonano się zaledwie od lat kilku; już dawniej jednak, jeszcze w czasach przedantyseptycznych, niektórzy chirurgowie fakt ten niejako przeczuwali (Burow). Gdy zamiast zakładania dawnych opatrunków, leczył amputowanych w ten sposób, że pozostawiał ranę zupełnie niezaopatrzoną, śmiertelność spadła z sześćdziesięciu kilku % do 7·5%. Obecnie używane opatrunki muszą odpowiadać dwom warunkom: ze względu na zakażenie przez dotykanie muszą być okluzywne, z drugiej zaś strony muszą być chemicznie obojętne. W swoim czasie bezwątpienia przesadzano obawę zakażenia z powietrza. Niektórzy wpadli w przeciwną ostateczność: Volkmann n. p. twierdził, że laparotomię można wykonać równie bezpiecznie w dobrze urządzonej sali operacyjnej, jak w miejscu ustępowem. Drobnoustroje mogą się przenieść przez powietrze z miejsca na miejsce tylko wówczas, jeżeli przedmioty, na których znajdują się, są zupełnie suche.

Hesse i Petri wykazali, że w Berlinie najlepsze powietrze pod względem ilości żyjących zarodków w nim zawartych, jest w kanale miejskim pod placem Poczdamskim, gdyż znajdywano tam w metrze sześciennym zaledwo kilka zarodków, wówczas, gdy podobne badanie wykonane na wieży ratuszowej wykazały około 800 zarodków. Badając ilość zarodków w powietrzu, należy oznaczać ich ilość w danej objętości powietrza; chirurgowi nie chodzi jednak o bezwzględną ilość bakteryj w powietrzu

ale o tę ilość, która w przeciągu pewnego określonego czasu może opaść z powietrza na daną powierzchnię. Do badań bakteryologicznych powietrza, wykonywanych w celach chirurgicznych, niema więc potrzeby używania przyrządów Hessego, Straussa i Würtza, Miquela i innych a wystarcza wystawić na powietrze na pewien czas płyty o wiadomej powierzchni.

Badania powietrza, wykonane w klinice Bergmanna wykazały, że ilość opadających zarodków zależy głównie od ruchu w danej przestrzeni a więc jest rozmaitą w różnych porach dnia; następnie ilość bakteryj zależy od pory roku, deszczu i t. p. Powietrze zawierające 6—20000 bakteryj na metr sześcienny nie jest jeszcze złem pod względem bakteryologicznym; oczywiście skład chemiczny takiego powietrza może być szkodliwym.

Dr. Kryński badał powietrze w sali wykładowej kliniki chirurgicznej krakowskiej, w salach chorych, w sali laparotomijnej oraz dla porównania w zakładzie anatomii patologicznej. W sali wykładowej rano znajdywał w metrze sześciennym 2850 zarodków; o godz. 3. po poł., t. j. po ukończeniu operacyj, liczba ta podnosiła się do 24200. W sali laparatomijnej, gdzie poza czasem operacyi nikt nie bywa, która po oczyszczeniu przed operacyą jest zamknięta przez kilka godzin i gdzie podłoga jest ciągle podczas operacyi mokrą, znajdywał przed operacyą 1220, po operacyi zaś 5600 zarodków w metrze sześciennym. W salach chorych rano 5800; podczas obiadu, gdy ruch jest największy, 14000 zarodków. W sali wykładowej opadało na płytę 100 centymetrową w ciągu pół godziny rano 32, po wykładzie 105 zarodków; w sali laparotomijnej po operacyi 20. Dr. Kryński oznaczał gatunki bakteryj tylko w powietrzu sali operacyjnej głównej po wykładzie. Z drobnoustrojów chorobotwórczych znalazł podobny do *staphyloccus pyogenes albus*, który jednak ropienia nie wywoływał, z pleśni zaś *mucor mucedo.* W pracowni anatomo-patologicznej prof. Browicza znalazł Dr. Kryński w powietrzu *bacillus subtilis* i *aspergillus fumigatus*, którego własności chorobotwórcze wykazał Ciągliński w laboratoryum prof. Brodowskiego w Warszawie; w tejże pracowni znajdywał Dr. Kryński podczas spokoju w metrze sześciennym 15600 zarodków, na płyty zaś opadało ich tyle, że zliczenie ich było niemożebnem. W pracowni kliniki chirurgicznej, mieszczącej się w oddzielnym budynku, jest w powietrzu oczywiście znacznie więcej bakteryj, aniżeli w salach klinicznych;

najczęściej spotyka się tam wśród grzybów *penicillium glaucum, sarcina alba, lutea* i *rosea.* Z badań tych wypada, że powietrze w klinice chirurgicznej krakowskiej jest dobre, jeśli się zważy, że w mieszkaniach prywatnych powietrze, zawierające w metrze sześciennym do 10000 bakteryj, uważa się jeszcze za dobre; chorobotwórczych bakteryj w powietrzu niema, można więc nie zwracać uwagi na opadanie drobnoustrojów z powietrza.

Prof. Rydygier zapytuje się Dra Kryńskiego, czy zestawił wyniki badania bakteryologicznego powietrza w klinice krakowskiej z wynikami otrzymanemi w klinice Bergmanna. Zestawienie takie byłoby ciekawem z tego względu, że w klinice prof. Rydygiera nie opatruje się zupełnie na salach chorych, w Berlinie zaś zmienia się opatrunki właśnie na tych salach.

Dr. Kryński odpowiada, że w salach chorych kliniki krakowskiej opada z powietrza na płyty mniej więcej dwa razy mniej zarodków, aniżeli w salach chorych kliniki prof. Bergmanna.

Prof. Rydygier przypomina, że kiedy przed jakimś czasem polemizował z Mikuliczem w sprawie sprayu, pojawiła się nagle rozprawa Heglera, który starał się podnieść znaczenie zakażenia z powietrza. W powietrzu mają bakterye okoliczności stanowczo niepomyślne dla swego rozwoju; w prawidłowych okolicznościach jest ich dlatego w mieszkaniach prywatnych i w klinikach stosunkowo niewiele, ale podczas wojny, gdy w jednem miejscu będą się nagromadzać ropiejące rany, zakażenia z powietrza nie będzie można lekceważyć. Prof. Rydygier jest zdania, że zakażenie z powietrza niema tak doniosłego znaczenia, jakie mu dawniej przypisywano, nie posuwa jednak zapatrywania się swego w tej sprawie tak daleko, jak to czyni Volkmann.

Doc. Dr. Trzebicky (z Krakowa) przytacza, że często operuje w szpitalu wśród najgorszych warunków, czasami robi laparotomie bezpośrednio po operacyach zapalenia tkanki łącznej podskórnej (*phlegmone)* i t. p. w tej samej sali operacyjnej a nie mógł dotychczas w żadnym przypadku przekonać się o zakażeniu z powietrza.

Dr. Wehr (ze Lwowa) sądzi, że podczas wojny jest znacznie bezpieczniej operować na wolnem powietrzu, nawet wśród kurzu, aniżeli w źle odwietrzanym szpitalu. Operując w mieszkaniach prywatnych, można się nie liczyć z zakażeniem z powietrza, w szpitalach jednak trzeba uwzględniać, że w powietrzu muszą się unosić grzybki chorobotwórcze.

Oczywiście znacznie donioślejszą jest sprawa zakażenia przez zetknięcie.

Prof. Obaliński uważa, że nie można zrywać zupełnie z antyseptyką. W oddziale swoim w starym szpitalu nie operuje prof. Obaliński inaczej, jak tylko antyseptycznie; w nowych gmachach, gdzie istnieje podział sal operacyjnych na antyseptyczne i aseptyczne, można bezpiecznie operować posługując się obiema metodami; w przeważnej liczbie naszych szpitali nie można jeszcze dotychczas przeprowadzić czystej aseptyki.

Prof. Obaliński demonstruje kilka nowych narzędzi chirurgicznych:

1) Strzykawkę Winderowską, t. z. węgierską zrobioną ze szkła i twardego kauczuku. Na tłoku umieszczoną jest obrączka z miękkiej gumy, zwiększająca i zmniejszająca tarcie tłoka o szklaną ścianę przez przykręcenie śruby. Wskutek tego urządzenia tłok się nie psuje, a strzykawka jest również aseptyczną, jak strzykawka zrobiona cała z metalu.

Prof. Rydygier uważa strzykawkę tę za stosunkowo dobrą, ma ona jednak tę wadę, że nie można jej wygotować, i że sublimat niszczy jej części gumowe.

2) Kleszcze do żeber Windlera.

3) Kleszcze do krwawnic (hemoroidów).

4) Imadło Pozzego do igieł Hagedorna; imadło to odznacza się prostotą budowy.

5) Własne kleszcze do krwawnic wykonane przez Knapińskiego.

VII. Dr. Kozłowski (z Krakowa): Przedstawienie przypadku gruźlicy skóry (z demonstracyą chorej i preparatów). Przypadek, przedstawiony przez Dra Kozłowskiego, należy do rzadkich ze względu na rozmiary, jakie choroba skóry przybrała oraz na niezwyczajną formę tego cierpienia. Chora, dwudziestokilkoletnia kobieta, przedstawia liczne zmiany części miękkich i kości jako pozostałości dawniej przebytych cierpień gruźliczych. Przed 13 laty amputował jej prof. Obaliński lewe podudzie z powodu zapalenia szpiku kostnego. Obecnie cierpienie trwa od czterech lat a usadowiło się ono na prawym pośladku, który jest pokryty prawie na całej powierzchni wielkiemi, kalafiorowatemi naroślami; narośle te są przebite licznemi przetokami, w wielu miejscach wykazać można chełbotanie; z miejsc tych wydobyć można strzykawką Pravaza charakterystyczną ropę gruźliczą. W ropie tej nie udało się wykazać laseczników gruźliczych. Zaszczepiano tę ropę królikom

i świnkom morskim do jamy brzusznej i do przedniej komory oka. Po kilku tygodniach wystąpiły u jednego królika i jednej świnki morskiej na tęczówce typowe gruzełki, które i mikroskopowo dały się stwierdzić i wykazano w nich laseczniki gruźlicze. W jamie brzusznej znaleziono tylko u jednego królika zapalenie włóknikowe otrzewny (*peritonitis fibrinosa*), gruzełków na otrzewnej nie można było wykazać. Z przypadku tego założono hodowle laseczników gruźliczych, zrobiono to jednak dopiero przed kilku dniami po zabiciu zaszczepionych zwierząt tak, że w hodowlach tych jeszcze nic widzieć nie można. W kawałkach skóry, wyciętych z owych narośli, wykazać można mikroskopowo typowe gruzełki, bardzo wybitne bujanie przyskórka a w przyskórku tym rozpadające się okrągłe ogniska, powstałe w podobny sposób, jak torbiele retencyjne.

Dr. Kozłowski demonstruje chorą, preparaty mikroskopowe i rysunki.

Doc. Dr. Bossowski (z Krakowa) przytacza, że przed siedmiu laty widział w klinice skórnej prof. Rosnera podobny przypadek, w którym guzowate wysepki zajmowały całą kończynę dolną od stopy do pachwiny. Podobne przypadki opisywano jako *lupus hypertrophicus*.

Dr. Wehr (ze Lwowa) przytacza, że widział również podobny przypadek, w którym zmiany nie były jednak tak wybitne, jak w przypadku, przedstawianym przez Dra Kozłowskiego i które znajdywały się na podbrzuszu. Dalej przytacza Dr. Wehr przypadek typowego *lupus hypertrophicus* na częściach rodnych i pośladku, obserwowany we Lwowie przez Dra Barącza.

Prof. Rydygier zwraca uwagę, że przedstawiony przypadek tworzy obraz zupełnie odmienny od obrazu *lupus hypertrophicus*, w którym nie napotyka się tak wielkich guzów, jak w przypadku Dra Kozłowskiego. Klinicznie rozpoznał prof. Rydygier odrazu w przypadku tym gruźlicę skóry; jedynie prątków nie udało się wykazać w ropie, wykazano je później jednak w gruzełkach zwierząt, zaszczepionych tą ropą.

Dr. Gabryszewski (z Krakowa) dodaje, że w opisanym przypadku zmiany występują początkowo nie w powierzchownych warstwach skóry, ale głębiej; dopiero po utworzeniu się i pęknięciu takiego głębokiego ropnia występują naokoło wytworzonej przetoki owe wyrośle skórne. Można o tem przekonać się poniżej guzów pośladka, na tylnej powierzchni uda.

II. dzień zjazdu dnia 12. lipca.

Drugi dzień zjazdu rozpoczęto od zwiedzenia oddziału chirurgicznego prof. Obalińskiego w szpitalu św. Łazarza. Urządzenia wewnętrzne szpitala tego pozostawiają wiele do życzenia; to też uczestnicy zjazdu głównie zwiedzali nowy pawilon chirurgiczny tegoż szpitala, którego budowa ukończy się dopiero w październiku r. b. Szczegółowy opis nowego pawilonu chirurgicznego nie jest potrzebny na tem miejscu, zwłaszcza, że dopiero po zupełnem wykończeniu budowy i zaprowadzeniu odpowiedniego urządzenia wewnętrznego będzie można ocenić wszystkie dobre i złe strony tego oddziału szpitalnego, o ile te ostatnie się znajdą. Tymczasem ograniczamy się do nadmienienia, że pawilon będzie urządzony na 112 łóżek; 4 wielkie sale będą mieściły po 24 łóżka, oprócz tego będzie kilka pokojów I. i II. klasy, mieszczących po jednem i po kilka łóżek. Będzie oddzielna sala operacyjna do operacyj ambulatoryjnych, t. j. wykonywanych antyseptycznie i oddzielna sala do operacyj aseptycznych. Ogrzewanie sal będzie centralne (parą), oświetlenie w salach operacyjnych gazowe, na salach chorych — naftowe. Sale chorych są bardzo przestronne i dosyć wysokie, pracownia dyagnostyczna stósunkowo mała. Wanny i klozety są umieszczone dla każdej sali oddzielnie. Wogóle zapowiada się ten nowy nabytek szpitalny bardzo dobrze; wkrótce, bo już za 3 miesiące, zostanie on oddany do użytku publicznego.

Na zjazd przybył ze Lwowa prymaryusz Dr. Ziembicki.

Posiedzenie III. z dnia 12. lipca o godz. 10. rano.

VIII. Prof. Mars (z Krakowa): Przedstawienie atlasu plastycznego operacyj ginekologicznych.

Położenie anatomiczne części rodnych kobiety jest takie, że często podczas badania ich, czy też wykonywania na nich operacyj zaledwo jeden człowiek może mieć do nich dostateczny przystęp. Jest to wielkiem utrudnieniem dla nauczyciela, gdyż demonstracya wielu operacyj jednocześnie kilku uczącym się częstokroć jest zupełnie niemożebna. Prof. Mars wykładając od wielu lat uczniom medycyny operacye ginekologiczne, początkowo radził sobie w ten sposób, że wykonywał operacye te na wyciętych częściach płciowych. Później rysował tablice. było jednak bardzo trudno uwydat-

nić na nich plastycznie wiele ważnych szczegółów; rysował więc operacye na naszkicowanych przekrojach części płciowych, ale i ten sposób nie zadowolił go. Przed 2-ma laty na zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie demonstrował Dr. Borysowicz z Warszawy swoją operacyę ginekologiczną na modelu glinianym; wówczas postanowił prof. Mars zastósować pomysł ten do celów dydaktycznych na szerszą skalę i rozpoczął modelowanie operacyj ginekologicznych w glinie w zamiarze złożenia całkowitego atlasu tych operacyj. Pierwszą trudnością, którą napotkał prof. Mars, było nadanie ulepionym z gliny częściom rodnym kobiecym pewnego, niejako średniego kształtu; trudność ta wynikła ztąd, że części te u rozmaitych osób są bardzo rozmaite co do wielkości, kształtu poszczególnych organów i t. d. Różnice te są tak wielkie, że, jak dowcipnie zauważył prof. Mars, często łatwiej jest poznać chorą z wejrzenia części rodnych, niż z twarzy. Znalazłszy wreszcie zasadniczą formę części płciowych, modelował prof. Mars w glinie na owej formie operacye ginekologiczne; modelowanie to było tylko niejako szkicem, który wykończał w szczegółach artysta-rzeźbiarz; następnie z modelu tego robiono odlew z gipsu. Dla łatwiejszej oryentacyi polu operacyjnemu nadano kolor czerwony. Nawet skombinowane szwy udało się zrozumiale uwydatnić przez założenie na modelach szwów prawdziwych z twardego włosia. Prof. Mars demonstruje swój atlas, składający się z 108 pięknie wykończonych odlewów gipsowych, umieszczonych w szafie; następnie rozdaje uczestnikom zjazdu dużą broszurę in 4-to, zawierającą fotografie odlewów gipsowych, opis i tekst atlasu w czterech językach: polskim, francuskim, niemieckim i angielskim.

Prof. Rydygier zwraca uwagę, jak łatwo odrazu zoryentować się w danej operacyi, mając przed sobą takie modele, których wykonaniu pod względem dokładności nie daje się nic zarzucić. Na zjeździe ginekologów we Wrocławiu w r. b. atlas ten pozyskał sobie powszechne uznanie.

Uczestnicy zjazdu z wielkiem zainteresowaniem przeglądali kolejno wystawiony atlas.

IX. Prof. Obaliński: Przedstawienie chorej po resekcyi stopy, dokonanej według własnej metody.

Chora, którą prof. Obaliński przedstawia, dwudziestokilkoletnia kobieta, była operowana przed dwoma laty; usunięto prawie całą kość skokową (*talus*), kość czółenkowatą

(*os naviculare*), sześcienną (*cuboideum*) w znacznej części, dwie kości klinowate (*ossa cuneiformia*) i jedną podstawę śródstopia (*metatarsus*), prócz tego wyskrobano wiele ognisk gruźliczych. Pomimo to chora chodzi zupełnie dobrze (demonstracya), zniekształcenie nogi jest stósunkowo niewielkie a blizna na podeszwie nie przeszkadza do chodzenia; ustawienie nogi jest tylko niezupełnie prawidłowe, po operacyi powstała nieznaczna stopa szpotawa (*pes varus*).

Dr. Schramm (ze Lwowa) operował 2 przypadki metodą prof. Obalińskiego i jest zupełnie zadowolony z tej metody operacyjnej pod względem łatwości przystępu do części stawu; o wyniku leczniczym nic jeszcze donieść nie może, gdyż operacye te wykonał dopiero niedawno.

Prof. Rydygier zwraca uwagę, że blizna na podeszwie nie przeszkadza zupełnie do chodzenia.

Dr. Ziembicki (ze Lwowa) zapytuje się, jakie mianowicie przypadki najbardziej nadają się do operacyi metodą prof. Obalińskiego.

Prof. Obaliński oświadcza, że chcąc odpowiedzieć na pytanie Dra Ziembickiego musiałby dokładnie rozejrzeć się w przypadkach operowanych daną metodą, chwilowo zaś nie pamięta szczegółowo wszystkich tych przypadków; wogóle tylko tyle może tymczasem powiedzieć, że metoda jego nadaje się najbardziej do tych przypadków, w których cierpienie rozwinęło się przeważnie ku dołowi, t. j. gdzie kości podudzia nie są zajęte.

X. Dr. Klecki (z Krakowa): O wykluczaniu pętli jelitowych (z demonstracyą).

Dr. Klecki wykonał w celach fizyologicznych a mianowicie w celu wyświecenia kwestyi powstawania kału, szereg doświadczeń, w których posługiwał się jako sposobem pomocniczym metodą operacyjną, jaka ostatnimi czasy znalazła zastósowanie w chirurgii. Operacyą tą było wykluczanie pętli jelitowych, czyli ich eliminacya (*Darmausschaltung*). Jest kilka sposobów, za pomocą których można wykluczyć pętlę jelitową. Po przecięciu ściany jelita w dwóch miejscach i złączeniu zwykłym szwem jelitowym pętli doprowadzającej z odprowadzającą, można albo obydwa końce pętli wykluczonej, t. j. części jelita, znajdującego się między dwoma pierwszemi cięciami a pozostającego w prawidłowym związku z kreską, wszyć do rany powłok brzusznych (na wzór przetoki Velli), albo też jeden z tych końców wszyć do rany brzusznej (na wzór przetoki Thirego), drugi zaś koniec zaszyć. Można także połączyć szwem jelitowym oba-

dwa końce wykluczonego jelita, tworząc w ten sposób zamknięty pierścień jelitowy i pierścień ten zapuścić do jamy brzusznej; wreszcie można zaszyć obadwa końce wykluczonego jelita i również zapuścić do jamy brzusznej. Operacyę wykluczenia jelita wykonano na ludziach dotychczas 3 razy; są to przypadki Hochennega, Franka i Eiselsberga, w których przystąpiono do operacyi z powodu cierpienia kiszki ślepej. Salzer, który wykonał znaczną ilość doświadczeń nad wykluczaniem pętli jelitowych, podaje cały szereg wskazań dla tej operacyi; można jednak sprowadzić wszystkie te wskazania do jednego ogólnego a mianowicie wykluczenie chorobowo zmienionej pętli jelitowej jest wskazanem w tych przypadkach, w których wycięcie jej (*resectio*) jest niemożebnem z jakiegobądź powodu (głównie wskutek mocnych zrostów po chorobach zapalnych); jak wiadomo, w przypadkach takich wykonywano dotychczas enteroanastomozę.

We wszystkich powyżej przytoczonych przypadkach operowano w ten sposób, że jeden lub obadwa końce wykluczonego jelita wszywano do rany powłok brzusznych; jedynie Eiselsberg zaszył obadwa końce jelita, jednak i w tym przypadku światło jelita komunikowało ze światem zewnętrznym przez naturalną przetokę. Nie odważono się zapuścić zaszytej na końcach, wykluczonej pętli jelitowej do jamy brzusznej z następującego powodu: królewiecki fizyolog Hermann wykazał doświadczalnie na psach, że wykluczone jelito wydziela nader znaczną ilość substancyi, zbliżonej bardzo do kału a ztąd wniósł, że w powstawaniu kału w niewiadomych okolicznościach wydzielina ściany jelita poważną gra rolę. Obawiano się więc przy operacyach na człowieku nagromadzenia się w wykluczonej pętli owej treści, która łatwo mogłaby spowodować pęknięcie jelita. Uczniowie Hermanna (Blitstein i Ehrenthal) otrzymali podobne wyniki, Berenstein zaś, który przed zaszyciem wykluczonej pętli desinfekcyonował wnętrze jelita, otrzymywał w niem po stosunkowo niedługim czasie (kilku dniach) niewielką ilość zbitej, szarawej lub żółtawej masy, złożonej przeważnie ze złuszczonych przyblonków; najczęściej masa ta leżała na błonie śluzowej w postaci nalotu. Doświadczenia te potwierdzały zapatrywanie się Hermanna, że złuszczone i rozpadłe przyblonki i wogóle fizyologiczna wydzielina ściany jelita stanowi główną część kału czyli ekskrementów. Podobne doświadczenia robili także w ostatnich czasach chirurdzy Salzer, Reichel i Eiselsberg; prawie

we wszystkich doświadczeniach otrzymywano w wykluczonych pętlach znaczną ilość treści płynnej lub stałej oraz nagromadzenie się gazów. Wyniki doświadczeń wszystkich badaczy były więc w głównych zarysach mniej więcej ze sobą zgodne; zapatrywania się fizyologów na naturę kału musiały się więc odpowiednio zmienić. Przed niedawnym jeszcze czasem uważano kał za masę, złożoną przeważnie z resztek niestrawionych pokarmów; później, gdy zaczęto badać kał mikroskopowo, a na tem polu Nothnagel położył największe zasługi, doszli badacze do wniosku, że kał stanowią przeważnie drobnoustroje; obecnie zaś wobec doświadczeń Hermanna i jego uczniów uważanym jest kał za produkt, którego głównem podłożem jest fizyologiczna wydzielina kiszek. Oczywiście chodzi tu głównie o stosunki ilościowe, boć nie ulega wątpliwości, że wszystkie 3 przytoczone składniki biorą udział w wytworzeniu tych mas, które jako ekskrementa ustrój opuszczają.

Rozpatrując się krytycznie w szczegółach doświadczeń, na których oparto twierdzenie, że w powstawaniu kału fizyologiczna wydzielina kiszek ilościowo tak poważną gra rolę, oraz wyniki tych doświadczeń, dochodzi się do wniosku, że doświadczenia te bynajmniej nie są przekonywające: przedewszystkiem sama metoda wykluczania pętli jelitowych w celu stwierdzenia faktów fizyologicznych nie jest zupełnie wolną od zarzutu, gdyż warunki pętli wykluczonej nie zupełnie odpowiadają okolicznościom, w jakich się znajduje jelito prawidłowe (mechaniczne i chemiczne działanie miazgi pokarmowej na błonę śluzową, bakterye, ruch robaczkowy i t. d.). Dalej doświadczeń, z których wysnuto przytoczone wnioski, jest bardzo niewiele: każdy autor opierał się na kilku zaledwo doświadczeniach: jeden Salzer zrobił ich przeszło sześćdziesiąt, publikuje jednak tylko 42 i w rezultacie dochodzi do wniosku, że wykluczając na człowieku pętlę jelitową, nie należy zbytnio obawiać się owego nagromadzenia się treści w świetle kiszki. Bodaj najgłówniejszym zarzutem, jaki można zrobić dotychczasowym doświadczeniom jest to, że zwracano uwagę prawie wyłącznie na treść wykluczonej pętli, nie uwzględniając albo też uwzględniając za mało inne okoliczności, mające stanowczo znaczny wpływ na zachowanie się owej treści. Np. zapisywano wprawdzie zmiany zaszłe w ścianie jelita wykluczonego, nie liczono się jednak z temi zmianami; wskutek tego częstokroć przyczynę brano za skutek i przenoszono do fizyologii fakta patologiczne. Wśród dotychczasowych doświadczeń

prawie że nie ma takich, w którychby po wykluczeniu pętli jelitowej zabito zwierzę prawidłowe, któreby nie miało zapalenia otrzewnej, *sepsis* i którego jelito wykluczone nie byłoby znacznie zmienionem. Sposób zaś użyty przez Berensteina w celu desinfekcyi światła jelita a polegający na wycieraniu błony śluzowej watą zmoczoną rozczynem sublimatu 1:2000 oraz przemywaniu 3% kwasem borowym nie mógł być obojętnym dla tej błony, należącej do najdelikatniejszych pod względem budowy anatomicznej; trudno pogodzić się z twierdzeniem tego autora, że obraz mikroskopowy błony śluzowej, oczyszczonej w powyższy sposób, przedstawiał się zupełnie prawidłowo; Berenstein twierdzi, że w treści wykluczonych i zdesinfekcyonowanych pętli jelitowych bakteryj nie było, gdyż nie mógł wykazać ich w barwionych preparatach mikroskopowych; hodowli jednak z treści tej nie zakładał.

Dr. Klecki, przystępując do pracy niniejszej, zamierzał zbadać zachowanie się treści w pętlach wykluczonych, w których działanie bakteryj byłoby zniesione, a więc zachowanie się fizyologicznej wydzieliny ściany jelita. W tym celu należało światło jelita zdesinfekcyonować odpowiednio. Samo przemywanie płynami obojętnemi nawet w bardzo wielkich ilościach okazało się zupełnie niedostatecznem; trzeba więc było użyć jakiegoś płynu przeciwgnilnego; wybór był bardzo trudnym z tego powodu, że zależało równocześnie na zachowaniu błony śluzowej w stanie prawidłowym. Prof. Cybulski poddał Drowi Kleckiemu myśl użycia do przepłukiwania pętli wykluczonych sztucznego soku żołądkowego; próba wypadła pomyślnie, sposobu tego użyto więc we wszystkich doświadczeniach. Własności przeciwgnilne soku żołądkowego polegają wyłącznie na działaniu zawartego w nim kwasu solnego. Pepsyna nie gra tu żadnej roli; używając pomimo to nie rozczynu czystego kwasu solnego, ale sztucznego soku żołądkowego miał Dr. Klecki na myśli ten wzgląd, by operować płynem bardziej zbliżonym do płynu fizyologicznego. Doświadczenia robiono na psach. Sok żołądkowy psów zawiera mniej więcej 3‰ HCl. Dr. Klecki używał zaś sztucznego soku żołądkowego, zawierającego 1·5‰ kwasu solnego. Wiadomo, że wiele drobnoustrojów, zamieszkujących przewód pokarmowy, doskonale znosi działanie soku żołądkowego; to też w żadnem doświadczeniu nie udało się usunąć zupełnie bakteryj ze światła wykluczonej pętli; w treści, otrzymanej w każdem doświadczeniu, można było wykazać istnienie ich mikroskopowo a mo-

żna było przekonać się przez hodowle, że twory te żyją i nie utraciły zdolności rozrodczej. (Demonstracya kilku czystych hodowli). A jednakowoż w doświadczeniach udanych bakterye te nie wywoływały w wykluczonych pętlach jelitowych żadnych spraw gnilnych, dających się stwierdzić za pomocą wzroku i powonienia; było ich w treści jelita znacznie mniej, aniżeli w prawidłowym kale.

Doświadczenia operacyjne wykonywano w sposób następujący: dwoma cięciami przez ścianę jelita wykluczano z ciągłości przewodu pokarmowego krótką pętlę, zwykle około 10 cm. długości mającą; oczywiście nie naruszano jej połączenia z kreską. Pętlę doprowadzającą łączono dwupiętrowym szwem Czernego z pętlą odprowadzającą, pętlę zaś wykluczoną przepłukiwano najpierw wielkiemi ilościami (6—8 litrów) 3°/$_0$ kwasu borowego a następnie 3 litrami soku żołądkowego (zawierającego 1·5°/$_{00}$ HCl). W ostatnich doświadczeniach przepłukiwano z początku wykluczoną pętlą nadto 3 litrami 1°/$_0$ rozczynu sody. Wszystkie te płyny były poprzednio ogrzane mniej więcej do ciepłoty ciała. Po przepłukaniu zaszywano obadwa końca wykluczonej pętli, zapuszczano ją do jamy brzusznej, zaszywano ranę brzuszną oraz zakładano zwykły kliniczny opatrunek aseptyczny. Wszystkie operacye (z wyjątkiem jednej antyseptycznej) wykonano zupełnie aseptycznie.

Dr. Klecki wykonał 22 takich doświadczeń, chcąc zbadać treść nagromadzoną w wykluczonych pętlach przez różny przeciąg czasu; jako warunek udanego doświadczenia położył sobie jednak, by zwierzęta przez cały czas po operacyi aż do śmierci były zupełnie normalne, t. j. nie przechodziły zapalenia otrzewnej, *sepsis*, i co najważniejsza, by pętla wykluczona przez czas ten pozostawała, o ile można, prawidłową, t. j. nie podlegała żadnym zmianom patologicznym. Z 22 doświadczeń Dr. Klecki może przedstawić zaledwo 3 takie, które postawionym warunkom w zupełności odpowiadają. Jest to liczba na pozór bardzo niewielka, można się jednakowoż na doświadczeniach tych oprzeć z tego powodu, że są one wobec postawionych przez autora postulatów zupełnie bez zarzutu, czego bynajmniej nie można powiedzieć o doświadczeniach Hermanna i jego uczniów. Salzerowi, profesorowi chirurgii, udało się na 60 operowanych psów utrzymać zaledwo dwóch przy życiu przez czas dłuższy (kilka miesięcy).

Dr. Klecki robił swoje doświadczenia w okolicznościach najlepszych, bo korzystał z całego aparatu asep-

tycznego kliniki chirurgicznej, za co wyraża podziękowanie prof. Rydygierowi. Tymczasem wyniki operacyjne były nieszczególne. Przyczyna tych niepomyślnych wyników leży w samej operacyi: wskutek bliskiego sąsiedztwa miejsca szwu jelitowego z pętlą wykluczoną oraz sterczenia obydwu zaszytych końców pętli wykluczonej zrosty otrzewnowe powstają w tej okolicy nader łatwo a są one u psów bardzo mocne. Zrosty te sprawiają, że najczęściej już po kilku dniach pętle jelitowe w okolicy poprzedniego pola operacyjnego są tak silnie ze sobą pozlepiane, że trzeba preparować bardzo długo, by wydobyć nienaruszoną pętlę wykluczoną oraz odsłonić miejsce szwu; nadto powstaje wiele załamań jelita, sprowadzających często śmierć zwierzęcia. Najszkodliwszymi zaś dla wyniku operacyjnego są te zrosty, które zaciskają naczynia krezkowe pętli wykluczonej i które wywołują w ścianie jelita wiadome zmiany.

Dr. Klecki przytacza na tem miejscu kilka szczegółów z niektórych swoich doświadczeń charakterystycznych pod tym względem. Bliższe szczegóły wyż wspomnianych 3-ch „czystych" doświadczeń są następujące: 1-go psa zabito po upływie 68 dni po operacyi, 2-go po upływie 46 dni, 3-ci zaś pies zginął na włóknikowe zapalenie płuc po upływie dwudziestu kilku godzin po operacyi, t. j. w czasie, w którym należało oczekiwać najobfitszej treści, gdyż błona śluzowa, podrażniona przez obfite płukanie, wydziela niewątpliwie najwięcej w ciągu pierwszych 24 godzin po operacyi. U wszystkich tych 3-ch psów znaleziono w wykluczonych pętlach stosunkowo bardzo nieznaczną ilość treści: u 1-go 1·67 grama żółtawej, lepkiej, ciągnącej się masy o konsystencyi wosku, u 2-go 4·5 cm. cz. żółtego gęstego płynu, u 3-go 2·5 grama żółtawej śluzowatej masy, miększej, aniżeli u psa 1-go. Mikroskopowo znaleziono w treści tej złuszczone przybłonki, drobiny rozpadowe (*detritus)*, czasami kryształy i wiele bakteryj; chemicznie zaś białko w niewielkiej ilości, pepton, mucynę, cholestearynę (niestale), tłuszcze, kwasy tłuszczowe wolne (masłowy przeważnie), leucynę. Ściana jelita wykluczonego zachowała w najdrobniejszych szczegółach budowę prawidłową.

Niejako na poparcie tego wyniku przytacza Dr. Klecki 6 innych doświadczeń, w których pomimo komplikacyi, jaką stanowiło zapalenie otrzewnej, znajdywał w wykluczonych pętlach podobną treść, jak w pierwszych 3-ch doświadczeniach i również w stosunkowo bardzo niewielkiej ilości; nie przywiązuje on jednak do doświadczeń tych

wielkiej wagi, jako do doświadczeń *nieczystych*. U czterech innych psów znalazł Dr. Klecki obok zapalenia otrzewnej i innych zmian patologicznych w wykluczonych pętlach treść gnijącą, cuchnącą w większej ilości (kilkanaście centymetrów sześciennych), u siedmiu zaś mógł wykazać, że treść jelita wykluczonego, również gnijąca i cuchnąca, ma jako podłoże jakiś produkt patologiczny, t. j. wysięk zapalny ze ściany jelita, ropę lub krew, zmienione w większym lub mniejszym stopniu przez działanie bakteryj.

Badanie histologiczne wszystkich tych pętli wykazało zmiany patologiczne w ścianie jelita. Przy niektórych sekcyach dało się wprost wykazać, że zmiany te wystąpiły nie wskutek nagromadzenia się treści, jak to inni przypuszczali, lecz wskutek upośledzenia krążenia w ścianie jelita (zrosty). Z prac Klemma, Kadera, Straussa i Tschistowitscha i innych wiadomo, jakie zmiany zachodzą w takich pętlach, w których krążenie jest upośledzone; analogiczne zmiany znajdywał Dr. Klecki w pętlach wypełnionych taką treścią, jaką inni uważali za wydzielinę kiszki, stanowiącą podłoże kału. Z wymienionych prac wiadomo także, jaką bywa treść pętli jelitowych o upośledzonem krążeniu; treść ta odpowiada treści znalezionej w 7-u odnośnych doświadczeniach. Kader wykazał, że nawet nadmierne nagromadzanie się gazów w jelicie zaciśniętem a więc zamkniętem (t. z. wzdęcie brzucha miejscowe, *localer Meteorismus*) jest skutkiem zboczenia w krążeniu danej pętli jelitowej.

Na zasadzie powyżej przytoczonych danych dochodzi Dr. Klecki do następujących wniosków:

1) Wobec braku lepszej metody doświadczalnej, któraby dozwalała wykazywać bezpośrednio sprawy, zachodzące w świetle jelita prawidłowego, można opierać się na doświadczeniach, w których jako sposobu pomocniczego użyto wykluczenia pętli jelitowych, jednakowoż przestrzegać należy w doświadczeniach tych koniecznego warunku, by wykluczona pętla pozostawała aż do śmierci zwierzęcia w stanie o ile można, prawidłowym.

2) Ściana jelita prawidłowego wydziela stosunkowo niewielką ilość masy śluzowatej, która w obecności nawet dość licznych żyjących drobnoustrojów nie podlega znaczniejszemu rozkładowi gnilnemu.

3) W wykluczonych pętlach, z których usunięto początkowo przeważną ilość bakteryj a w których znajdujemy treść gnijącą, zbliżoną do kału, wykazać można

najczęściej (we wszystkich doświadczeniach Dra Kleckiego oraz prawie we wszystkich doświadczeniach poprzednich autorów) zmiany patologiczne w ścianie jelita; zmiany te (częstokroć wraz z wynikiem badania samej treści) skłaniają do przypuszczenia, że podłoże tej treści kałowej jest wytworem patologicznym.

Dla chirurgii praktycznej wysnuwa Dr. Klecki z pracy niniejszej następujące wnioski: niebezpieczeństwo, grożące chorym chirurgicznym po wykluczeniu i zapuszczeniu do jamy brzusznej zaszytej na końcach pętli jelitowej, polega nie na nagromadzeniu się w tej pętli fizyologicznej wydzieliny kiszki, ale na sprawach patologicznych, występujących często wskutek samej operacyi. W przypadkach chirurgicznych, w których wykluczenie jelita mogłoby być wskazanem, dokładne oczyszczenie światła jelita jest nadto niemożebnem, sama zaś pętla jelitowa przedstawia zmiany patologiczne, wywołane samą sprawą chorobową, wskutek której przystąpiono do operacyi. Jedyną dobrą stroną nowej operacyi jest to, że chorobowo zmieniona pętla jelitowa zostaje wykluczoną z obiegu kału; nie należy jednak zapominać o tem, że główne ognisko choroby (nowotworowe czy zapalne) pozostawia się w ustroju. W porównaniu z enteroanastomozą nie przedstawia więc ona prawie żadnych zalet a jest pod względem technicznym bardziej skomplikowana, zabiera więcej czasu a nadto stwarza okoliczności, powiększające niebezpieczeństwo powstające przez wytwarzanie się zrostów otrzewnowych. Zdaniem Dra Kleckiego operacya ta wielkiej przyszłości w chirurgii mieć nie może.

Prof. Cybulski zaznacza, że pierwotna myśl pracy, przedstawionej przez Dra Kleckiego, powstała w zakładzie fizyologicznym krakowskim, oraz że sprawą tą interesuje się prof. Cybulski od lat wielu. Sprawa ta wymaga jednak jeszcze dokładniejszego opracowania ze stanowiska chemicznego; prof. Cybulski wskazuje na pracę Pflügera w tej kwestyi, która wyszła w ostatnich czasach a która mogłaby służyć za punkt wyjścia do rozszerzenia pracy Dra Kleckiego pod względem chemicznym. Pętle jelitowe, które wykluczał Dr. Klecki, były za krótkie; należałoby wykluczać znacznie dłuższe odcinki przewodu pokarmowego (kilkadziesiąt centymetrów) i brać je z rozmaitych części jelita. Prof. Cybulski nie zgadza się na to, by działanie przeciwgnilne soku żołądkowego polegało wyłącznie na działaniu kwasu solnego, pepsyna zaś nie odgrywała w tym względzie żadnej roli; pewne doświadczenia fizyologiczne

(strawienie żyjącej łapki żabiej przez sok żołądkowy) przemawiają za tem, że pepsyna trawi, a więc niszczy żyjącą protoplazmę; działa więc także na żyjące drobnoustroje.

Prof. Obaliński sądzi, że wszystkie nowe operacye powinny być najpierw wypróbowane na zwierzętach, tak jak to uczynił Dr. Klecki z wykluczeniem pętli jelitowych; następnie przytacza prof. Obaliński przypadek ze swojej praktyki, w którym niejako wykluczone jelito zawierało bardzo obfitą treść płynną, cuchnącą kałem. Nowej operacyi nie przepowiada prof. Obaliński świetnej przyszłości.

Prof. Browicz twierdzi, że ostateczne wnioski, jakie Dr. Klecki wyprowadza ze swej pracy, są cokolwiek przedwczesne. Prof. Browicz był obecnym przy trzech sekcyach psów operowanych przez Dra Kleckiego; w dwu przypadkach treść była stosunkowo obfita, cuchnąca, zbliżona do kału a ściana pętli wykluczonej przynajmniej makroskopowo nie przedstawiała poważniejszych ścian. Prof. Browicz sądzi więc, że sprawa powstawania kału wymaga jeszcze dalszych badań.

Dr. Klecki przypomina, że w drugim przypadku, który prof. Browicz przytacza, żółto zabarwiana treść pętli wykluczonej nie była w ilości obfitej a było jej tylko 4·5 cm. sześć. oraz że treść ta była płynna, gęsta, ciągnąca się i nie cuchnęła zupełnie kałem.

Prof. Rydygier oświadcza, że również interesował się pracą Dra Kleckiego, zwłaszcza, że już przed bardzo dawnym czasem, bo przed 10 laty, poruszał kwestyę, co się też dzieje z treścią jelitową, której wydalenie jest niemożebnem. Dalej zwraca uwagę prof. Rydygier, że przeważną liczbę doświadczeń operacyjnych robił Dr. Klecki bez narkozy chloroformowej a po znieczuleniu powłok brzusznych kokainą. Psy zachowywały się podczas operacyi zupełnie dobrze a po operacyi nie ginęły wskutek narkozy tak, jak to bywało po pierwszych doświadczeniach, w których psy chloroformowano.

Dr. Kryński zarzuca Drowi Kleckiemu, że nie liczy się z temi doświadczeniami, których wyniki nie są zgodne z wynikami jego doświadczeń, i wskazuje przy tem na doświadczenia Reichla. Wyniki doświadczeń tych przemawiają przeciwko wywodom Dra Kleckiego a badanie histologiczne ściany wykluczonych jelit wykazało, że ściana ta była zupełnie prawidłową, że były tylko ilościowe zmiany w komórkach kielichowatych. Dalej twierdzi Dr.

Kryński, że przemywanie światła jelita kwasem solnym 2:1000 nie mogło być obojętnem dla błony śluzowej, lecz musiało działać na nią w sposób niszczący.

Dr. Gabryszewski przytacza przypadek kliniczny przepukliny, który operował bez narkozy chloroformowej, po znieczuleniu skóry kokainę; chory zachowywał się podczas operacyi bardzo spokojnie i nie narzekał na mocny ból.

Doc. Dr. Trzebicky operuje przepukliny przez laparatomią w ścisłem znaczeniu; od jakiegoś czasu robi stale te herniolaparatomie bez narkozy chloroformowej, lecz w kokainie i jest bardzo zadowolonym z tego sposobu znieczulania.

Prof. Gluziński zwraca uwagę, że Dr. Klecki nie przytoczył, jakie pętle wykluczał, a treść rozmaitych części przewodu pokarmowego jest bardzo rozmaita. Sztuczne usuwanie bakteryj ze światła jelita nie zgadza się z fizyologicznemi warunkami, gdyż w świetle jelita zawsze znajdują się bakterye w wielkiej ilości. Jeśli światło jelita desinfekcyonowano, to nie widzi prof. Gluziński wielkiej różnicy pomiędzy desinfekcyą sublimatem a sokiem żołądkowym, gdyż sposób działania antyseptycznego obydwu tych płynów jest mniej więcej jednaki. Dalej zaznacza prof. Gluziński, że w dyskusyi powyższej rozmaite rzeczy nazywano kałem; potrzeba więc koniecznie ściśle oznaczyć, co mamy rozumieć pod tą nazwą.

Prof. Cybulski odpowiada, że istnieje ścisłe, fizyologiczne określenie kału, uwzględniające wejrzenie, konsystencyę, zabarwienie, zapach oraz skład chemiczny.

Dr. Sawicki (z Warszawy) przypuszcza, że sok żołądkowy nie wywoływał poważniejszych zmian w błonie śluzowej, gdyż prawidłowa błona śluzowa jelita cienkiego oddziaływa kwaśno, jak to wykazał Nencki, a odczyn ten polega na obecności kwasu solnego, który wykazać się daje na całym obszarze jelita cienkiego aż do zastawki Bauhiniego.

Z powodu przybycia internistów na posiedzenie zjazdu, pragnących wziąć udział w dyskusyi nad wykładem prof. Obalińskiego, odłożono odpowiedź Dra Kleckiego na zarzuty, zrobione jego pracy, do posiedzenia rannego dnia następnego.

Ciąg dalszy dyskusyi nad wykładem prof. Obalińskiego.

Prof. Obaliński jeszcze raz w krótkich słowach streszcza główne wnioski, do których doszedł, opierając się

na 110 własnych przypadkach, i streszcza je w ten sposób, że jeżeli lekarz, wezwany do chorego, może stwierdzić oba-dwa wyż omówione objawy a nawet jeden z nich, należy jak najwcześniej przystąpić do operacyi. Jeżeli można stwierdzić, że niedrożność jelita jest tylko czynnościowa, nie należy operować; jeśli zaś można wykazać niedrożność anatomiczną, to trzymać się należy zdania, wypowiedzianego przez Stromeyera: jeśli lekarz do takiego przypadku wezwany zostanie w dzień, trzeba operować przed zachodem słońca, jeśli zaś w nocy, przed wschodem słońca. Dalej odpowiada prof. Obaliński Drowi Schrammowi, że nawet w 3-ch przypadkach zapalenia gruźliczego otrzewny, laparotomia była potrzebną; w 2 z tych przypadków można było przekonać się o kłębieniu się jelit, w jednym z nich znaleziono podczas operacyi załamanie jelita. Prof. Obaliński przytacza szczegóły tych przypadków oraz zwraca uwagę na zdarzające się czasami podczas operacyi gwałtowne wymioty, mogące stać się przyczyną śmierci Prof. Obaliński przytacza taki przypadek z własnej praktyki i kończy wezwaniem, by przypadki anatomicznej niedrożności jelita operować jak najwcześniej.

Prof. Korczyński (z Krakowa). Od czasu, w którym zaczęto leczyć chirurgicznie niedrożność jelita, w klinikach wewnętrznych spotykają się podobne przypadki bardzo rzadko, gdyż lekarze odsyłają je wprost do oddziałów chirurgicznych. Wsóludział internistów w tej chorobie sprowadza się do dyagnozy, oczywiście jak najwcześniejszej. Niestety, nie zawsze jest to możebnem; potrzeba jeszcze wielu badań klinicznych, statystycznych, zanim owa pożądana, wczesna dyagnoza będzie w wielu przypadkach możebną. Zdarzają się przypadki tak zawikłane pod względem rozpoznawczym, że nawet przy wzajemnej pomocy interniści wraz z chirurgami nie mogą ich rozpoznać. W Krakowie wyrobił się zwyczaj, że podobne przypadki najczęściej właśnie badają wspólnie interniści i chirurdzy; zasadą tą przejęli się i lekarze na prowincyi tak, że przypadki we właściwem znaczeniu zaniedbane prawie już się nie zdarzają, przeciwnie częściej operuje się takie przypadki za wcześnie lub nawet niepotrzebnie. Interniści mają rozstrzygać, czy niedrożność jest czynnościową, czy też mechaniczną; ale podstawy, na których rozpoznanie to ma się opierać, są jeszcze bardzo niepewne; to też największy niepokój ogarnia internistę, gdy przez dzień, dwa lub więcej nie może na pewne sprawy rozpoznać w przypadku, w którym podejrzywać można nie-

drożność jelita a przypadki takie zdarzają się niezbyt rzadko. Objawy, na które wskazuje prof. Obaliński, są oddawna znane w medycynie wewnętrznej; nazwy ich były tylko odmienne; objawy te mają bez wątpienia poważne znaczenie pod względem rozpoznawczym, brak tych objawów nie wyklucza jednak anatomicznej niedrożności jelita i w takich przypadkach najbieglejsi lekarze mogą się mylić w rozpoznaniu. Wobec tego, że czasami rozpoznanie jest zupełnie niemożebnem, zwlekanie zaś z operacyą w wielu takich przypadkach może mieć fatalne dla chorego następstwa, skłania się prof. Korczyński do tego, by wogóle operować wcześnie, nawet w przypadkach o rozpoznaniu niezupełnie pewnem, gdzie może się okazać, że operacya była niepotrzebną.

Z powodu nagłego wyjazdu prof. Obalińskiego ciąg dalszy dyskusyi nad jego wykładem odłożono do dnia następnego i zamknięto III posiedzenie zjazdu.

Posiedzenie IV. dnia 12. lipca o godz. 2. popołudniu.

XI. Dr. Wehr (ze Lwowa): przypadek potrójnego raka na twarzy.

Przypadki kilkokrotnego raka na twarzy należą do rzadkości; wynoszą one około 1% raków pojedynczych. Sprawę kilkakrotnych raków poruszył w r. 1874 Volkmann mówiąc o t. zw. *Paraffinkrebs*. Tillmanns obserwował kilkakrotne występowanie raka na mosznach u angielskich kominiarzy. Znanym jest przypadek z kliniki Bergmanna, w którym rak wystąpił na czole, policzku i brodzie. Esmarch spostrzegał, że po wystąpieniu raka na twarzy, jeżeli przedtem były na twarzy brodawki, rak rozwijał się później na tych brodawkach. U osób starych, cierpiących na *seborrhoea senilis* obserwowano również raka na kilku miejscach twarzy, jakoto na nosie, policzku i pod okiem. Schimmelbusch opisał przypadek, w którym rak wystąpił na powiece, policzku i brodzie u człowieka, cierpiącego na *seborrhoea senilis*; a więc w przypadkach tych rak rozwija się na tle chronicznego zapalenia czy drażnienia skóry. Kaposi podaje dwa przypadki kilkokrotnego raka na twarzy. Znane są przypadki, w których rak wystąpił pierwotnie na grzbiecie ręki, później zaś na wardze; tłómaczono wystąpienie tego drugiego raka przez przeniesienie czy zakażenie. Lücke obserwował także przypadki, w których rak występował w kilku miejscach. Klebs podaje dwa przypadki, które najlepiej dadzą się wytłomaczyć przez prze-

niesienie: w jednym przypadku wystąpił rak w przełyku poniżej *cardiae* i był tu rak plaski, w drugim był rak twarzy; takiż sam w żołądku. Krake widział podobny przypadek. Obserwowano przypadek raka przełyku, którego przerzuty w płucach stanowiły ogniska raka płaskiego. Raki mogą jednak występować i samoistnie w kilku miejscach; n. p. w jednym przypadku wystąpił rak na wardze dolnej, był operowany a po 8 latach wystąpił rak na wardze górnej. Spostrzeżenie takie zrobiono w klinice Bergmanna, oraz Kaufmann opisuje podobne przypadki. Wreszcie znane są przypadki, w których rak występował na symetrycznych częściach ciała n. p. po wrzodzie podudzia.

Dr. Wehr demonstruje fotografije i preparaty spirytusowe oraz mikroskopowe z własnego przypadku, w którym rak wystąpił na twarzy w kilku miejscach: na gładzince (*glabella*), na policzku i przy przegrodzie nosowej, pierwotnie wystąpił on na policzku, w kilka lat później na gładzince, w kilka lat potem przy przegrodzie nosowej. W innym przypadku obserwował Dr. Wehr raka na wardze dolnej, górnej, oraz w okolicy skroniowej. Powstałych następowo raków nie można uważać za przerzuty, gdyż w preparatach mikroskopowych można było wykazać ciagłość przybłonka prawidłowego z przybłonkiem rakowym. Niezawsze to łatwo; trzeba robić preparaty z rozmaitych przekrojów. Aczkolwiek istnieją rozmaite sposoby tłomaczenia podobnych przypadków, sądzi Dr. Wehr, że najwłaściwiej jest przyjąć, że w jego przypadku rak powstał w drugiem i trzeciem miejscu na twarzy wskutek jakiegoś czynnika, który zadziałał z zewnątrz. W pierwszym przypadku była dotknięta chorobą niemłoda kobieta; na przedstawionej fotografii widać dokładnie, że na twarzy jej drobne żyłki były w wielu miejscach porozszerzane; skóra nie była więc prawidłową. Kobieta ta była praczką i myła twarz bardzo często; prawdopodobnie więc przy tem częstem myciu przenosiła ów nieznany czynnik etyologiczny raka z jednego miejsca twarzy na drugie. W drugim przypadku dowiedziano się, że po wystąpieniu raka na wardze górnej chory często drapał zarówno wargę górną, jakoteż i dolną. Za przypuszczeniem Dra Wehra przemawia także i ta okoliczność, że gruczoły limfatyczne nie były powiększone; w przypadku drugim były gruczoły cokolwiek powiększone, lecz chory twierdził, że powiększenie tych gruczołów datuje się od czasów jego młodości, w której, zdaje się, przechodził gruźlicze zapalenie szyjnych gruczołów limfatycznych. Gruczoły limfatyczne po przeciwnej

stronie były małe i miękkie. Przypadków Dra W e h r a nie można więc wytłomaczyć, przyjmując przeniesienie się raka przez naczynie limfatyczne czy krwionośne. Najodpowiedniejszem jest tu przyjąć, że po wystąpieniu raka pierwotnego następne powstały wskutek niewiadomego czynnika, przybyłego z zewnątrz. Dr. W e h r żałuje, że na posiedzeniu zjazdu nie ma prof. P i e n i ą ż k a, który ma 3 przypadki raka krtani, popierające wywody mowcy.

Prof. B r o w i c z uważa, że tłomaczenie podobnych przypadków może być zawsze osobistem, dopóki nie ma dowodu, jakie są stósunki w rzeczywistości. Za typowe przeszczepienie raka uważać można takie przypadki, w których n. p. w raku żołądka cząsteczki rakowe odrywają się od powierzchni surowiczej i przeszczepiają w innem, odleglejszem miejscu błony otrzewnej, n. p. w jamie Douglasa. Utrzymanie się na skórze oderwanych cząsteczek rakowych jest bardzo nieprawdopodobnem, gdyż są tu okoliczności nader niepomyślne do takiego przeszczepienia. Prof. B r o w i c z zwraca uwagę na trudności, spotykane w przeszczepianiu tkanek fizyologicznych a trudności te dowodzą, że przeszczepianie takie może się udać tylko przy zachowaniu wszelkich ostrożności. Przypadki kilkokrotnego raka należy tłomaczyć nie przez sztuczne niejako przeniesienie czynnika chorobotwórczego z miejsca na miejsce, ale jako samodzielnie występujące raki u osób, mających dyatezę rakową; przemawiają za tem przypuszczeniem epidemie raka domowe i miejscowe, oraz jego dziedziczność. W literaturze francuzkiej jest nagromadzony bardzo obfity materyał, tyczący się tej kwestyi.

Dr. Z i e m b i c k i (ze Lwowa) widział w klinice B e r g m a n n a przypadek raka, który można sobie wytłomaczyć jedynie przez t. z. *Contactinfection*. W praktyce własnej ma przypadek dowodzący, jak ważną rolę odgrywa w powstawaniu raka usposobienie. Przed trzema laty operował u chorego raka w jednem miejscu; po 2 latach wystąpił rak w innem miejscu wówczas, gdy pierwsze ognisko było już zupełnie zagojone.

Dr. G a b r y s z e w s k i (z Krakowa) podaje, że w ciągu ostatnich 5 lat jego praktyki klinicznej, nie obserwowano w klinice chirurgicznej krakowskiej ani jednego przypadku raka, któryby wystąpił wielokrotnie. Z obserwacyi zwykłych przypadków raka wynika, że w powstawaniu przerzutów usposobienie chorego (dyateza) ważną gra rolę.

Dr. Wehr powtarza, że jego tłomaczenie wiadomych przypadków jest najbardziej przekonywającem. Predyspozycyę uznaje, jako okoliczność znaną i udowodnioną. Ale inne okoliczności przemawiają za tem, że i miejscowe przyczyny mają pewne znaczenie, jak n. p. ucisk fajki na wargi i w ogóle traumatyzm. Przy operacyach n. p. odcięciu sutka można przenieść raka nożem; dlatego też jest wskazaną przy podobnych operacyach zmiana noża, gdy po wypreparowaniu części chorobowo zmienionych rozpocznie się operowanie w częściach zdrowych.

Dr. Wehr operował przypadek raka wargi dolnej, który kilkakrotnie powracał; podczas ostatniej operacyi, podczas preparowania na szyi pękł w górnej części pola operacyjnego guz rakowy i cząsteczki rakowe spłynęły na dół; podczas gojenia się rany wystąpił wzdłuż blizny twardy naciek zakaźny.

Prof. Obaliński wątpi, czy można uważać, że ów naciek powstał wskutek pęknięcia guza rakowego podczas operacyi. W mięśniach są rozsiane drobne, niewidoczne guzki, a sama operacya i sprawa gojenia się rany usposabiają tkanki do szybkiego bujania; w ten sposób pozostawiane *semina* rakowe sprawiają recydywę.

Prof. Browicz występuje przeciwko twierdzeniu, że otarcie się tkanki rakowej o prawidłową lub chorobowo zmienioną skórę może wywołać powstanie raka. Traumatyzm gra bezwątpienia pewną rolę, ale wystąpienie raka jest wogóle możebne tylko u pewnych osób, mających ową dyatezę rakową. Opierając się na tem, wytłómaczyć można przypadki wielokrotnego raka jako przypadki, w których, dzięki usposobieniu chorych, rak samodzielnie powstał w kilku miejscach.

Prof. Obaliński popiera zdanie prof. Browicza co do indywidualnego usposobienia do nowotworów dwoma przypadkami z własnej praktyki: w pierwszym operował prof. Bryk *adenoma mammae*; po kilkunastu latach operował u tej samej osoby prof. Obaliński *cystoma ovarii*, po dalszych 2 latach *adenoma parotidis*, wreszcie znowu po dwu latach wystąpił złośliwy nowotwór w jamie brzusznej. W drugim przypadku obserwował równocześnie *epithelioma vulvae*, *nasi* i *cys matoovarii*. Przypadki te świadczą o usposobieniu pewnych osób do nowotworów.

Dr. Wehr twierdzi, że naciek w jego przypadku powstał z wylania się na powierzchnię rany treści pękłego guza, gdyż naciek ten wystąpił zaraz, podczas gojenia się rany i był odrazu bardzo znaczny.

Dr. Kryński (z Krakowa) zwraca uwagę, że wylana na ranę miazga rozpadłego, rakowego gruczołu limfatycznego w żadnym razie rany zakazić nie może.

Dr. Wehr odpowiada, że nie jest tu wykluczoną obecność żyjących tworów; w środku gruczolu komórki są rozpadłe, po bokach zaś mogą utrzymywać się żyjące tkanki.

Dr. Gabryszewski (z Krakowa) przytacza przypadek z krakowskiej kliniki chirurgicznej, w którym operowano raka wargi dolnej oraz zajęte na szyi gruczoły limfatyczne; gruczoły te wyglądały podobnie do zserowaciałych gruczołów w gruźlicy. Podczas operacyi treść takiego gruczołu rozlała się na ranę; po kilku tygodniach wystąpiła ogromna recydywa a gruczoły limfatyczne podówczas powiększone, przedstawiały się tak samo, jak podczas pierwszej operacyi.

Dr. Sawicki (z Warszawy) zwraca uwagę na to, że należałoby wykazać, jak często zdarza się *carcinoma penis* u mężczyzn, których żony cierpią na *carcinoma uteri*. Jeden z warszawskich ginekologów ma w swojej praktyce dwa takie przypadki.

Prof. Obaliński dodaje, że w przypadku operowanym przez Dra Wehra nie ma dowodu, że naciek był natury rakowej; nie potrzeba więc uciekać się do tłomaczenia tego nacieku przez *autoinfectio*; naciek ten mógł powstać przez przecięcie i rozlanie się treści zropiałego gruczołu limfatycznego.

XII. Dr. Ziembicki (ze Lwowa). Niezwykły okaz nowotworu na głowie.

Dr. Ziembicki okazuje dwa rysunki naturalnej wielkości oraz kilka fotografij 15-letniej dziewczyny, noszącej na głowie guz monstrualnej wielkości. Guz ten spostrzeżono w 3-cim roku życia; istniał on jednak prawdopodobnie od urodzenia. Największy obwód guza wynosił 1 metr 8 cm., w najwęższem miejscu 50 cm.; przed operacyą uniesiony do góry guz ważył 22 funty. Nowotwór znajdował się na tyłogłowiu, pokryty skórą z włosami; zwieszał się na kark, ale nań nie przechodził; podczas pobytu chorej w oddziale szpitalnym Dra Ziembickiego nosiła chora guz na umyślnie w tym celu zbudowanych noszach, przytwierdzonych pod ramionami. Guz w całości dawał się do pewnego stopnia przesuwać zwłaszcza w kierunku do góry, wejrzenie zaś jego przypominało stare napoleońskie bermice. Skóra nad guzem nie przedstawiała znaczniejszych zmian: jedynie przeświecały rozszerzone żyły oraz gdzieniegdzie było można spostrzedz

drobne blizny. W niektórych miejscach miało się uczucie chebotania. Chora ważyła przed operacyą 40 klgr., wyłuszczony zaś guz ważył 13 klgr. Nowotwór nie wywoływał zgoła żadnych objawów mózgowych. Nie można było wykazać z pewnością ciągłości guza z wnętrzem czaszki, przy nasadzie guza wyczuwało się jednak pierścieniowate zgrubienie kości. Przed operacyą pewnego rozpoznania nie było. Dr. Schramm, który badał ten przypadek, rozpoznawał skórzak; według Dra Ziembickiego wielkość guza nie odpowiadała wielkości skórzaka, które w danem miejscu dochodzą najwyżej do wielkości pięści; tłuszczak wrodzony wykluczał również Dr. Ziembicki; najbardziej skłaniał się do rozpoznania *cerebrocele*, mając na myśli *ectopiam*, nie zaś *herniam cerebri*. Operacya wykazała, że ów wielki nowotwór był olbrzymim tłuszczakiem; tłuszczak ten wyłuzczono, pozostawiono jednak cokolwiek za wiele skóry, tak że zachodzi potrzeba kosmetycznej poprawki. Dr. Ziembicki dodaje ciekawy szczegół, że po operacyi chora utraciła sposób zarobkowania, gdyż dotychczas utrzymywała siebie i matkę z pieniędzy zebranych od lekarzy, w szpitalach i klinikach, gdzie za wynagrodzeniem pozwoliła się pokazywać.

Doc. Dr. Bossowski przytacza 3 przypadki z własnej praktyki prywatnej, oraz dawniejszej klinicznej, w której spotykał podobne guzy, jeno mniejsze i trwające nie od urodzenia u młodych kobiet.

XIII. Dr. Gabryszewski (z Krakowa): O guzach powłok brzusznych.

Dr. Gabryszewski opisuje dwa przypadki guzów powłok brzusznych, które przed kilkoma miesiącami operował w klinice chirurgicznej krakowskiej. Były to twarde, zbite guzy wielkości jaja strusiego, z których jeden miał kształt podługowaty, drugi zaś kulisty, a wystąpiły one u młodych kobiet (22 i 24 lata) podczas ciąży; u jednej chorej wystąpił guz przed $1^1/_2$ rokiem, u drugiej przed rokiem. Badanie mikroskopowe guzów tych wykazało, że były to włókniaki. (Demonstracya preparatów mikroskopowych). Wyłuszczono je i wygojenie się nastąpiło *per primam*. W literaturze znalazł Dr. Gabryszewski podobne przypadki opisywane jako włókniaki oraz jako mięsaki. Lederbos zebrał z literatury francuzkiej 100 przypadków, opisanych jako włókniaki; w niemieckiej zaś literaturze opisywane są przeważnie mięsaki. Guyon uważa, że guzy te wychodzą z pochwy mięśniów lub też z samych mięśniów, prawdopodobnie z mięśnia prostego brzucha. Dr. Gabryszewski rysuje stosunki ana-

tomiczne, jakie znalazł podczas operacyi w swoich przypadkach, zwracając przy tem uwagę na charakterystyczne, spinkowate przewężenia guzów tych pośrodku. Guzy wychodziły z pochwy mięśniów a rozrastały się przeważnie w kierunku ku przodowi, przez co wypuklały skórę oraz ku tyłowi. Zrosty z otrzewną były bardzo mocne, tak że podczas operacyi nie można było uniknąć otworzenia jamy otrzewnowej. Za główny czynnik etyologiczny uważają autorzy ciążę a mianowicie mechaniczne działanie zwiększającej się macicy na mięśnie brzucha. Za przypuszczeniem tem przemawia oprócz danych statystycznych jeszcze i ta okoliczność, że w 90% przypadków podobych guzów obserwowanych u niezamężnych, chore cierpiały jednocześnie na *cystomata ovariorum*.

Następnie podaje Dr. G a b r y s z e w s k i operowany przez siebie również w klinice krakowskiej przypadek pierwotnego raka powłok brzusznych. Chora przybyła do kliniki z małym strupkiem na brzuchu w okolicy pępka; około tego strupka wyczuwało się lekkie stwardnienie; raka rozpoznać nie było można; uważano cierpienie to za stosunkowo błahe i ograniczono się na wyskrobaniu i przyżegnięciu, po jakimś czasie przybyła chora powtórnie do kliniki a w miejscu pierwszej operacyi utworzyła się była mała przetoczka. Wycięto starannie zmienione części wraz z najbliższem otoczeniem a badanie mikroskopowe wykazało w przypadku tym *carcinoma planocelluare.* (Demonstracya preparatów mikroskopowych).

Prof. O b a l i ń s k i: Przypadki pierwotnego raka powłok brzusznych są bardzo rzadkie; obserwował 2 takie przypadki: jeden przypadek w klinice prof. B r y k a, drugi w praktyce prywatnej. W ostatnim przypadku miał prof. O b a l i ń s k i do czynienia z rakiem pępka, na pozór bardzo nieznacznie rozprzestrzenionym tak, że przewidywał bardzo niewielką operacyę. Okazało się, że rak był bardzo rozległy, na otrzewnej zajmował przestrzeń wielkości dłoni a operacya była ciężka. Chory umarł na *peritonitis carcinomatosa.* Przy tej sposobności wymyślił prof. Obaliński sposób plastyki otrzewnej z sieci, nadający się do przypadków, w których wycięto otrzewnę na znacznym obszarze. Tej samej metody użył poprzednio S k l i f a s s o w s k i w przypadku ropnia, powstałego w okolicy kiszki ślepej.

Dr. W e h r (ze Lwowa) przytacza własny przypadek mięsaka powięzi mięśnia prostego brzucha (*sarcoma fasciae m. recti abdominis*); w przypadku tym występowały kilka-

krotnie recydywy tak, że operowano 4 czy 5 razy. W końcu wystąpiły ogniska mięsakowe w jamie brzusznej, osierdziu, którego część Dr. Wehr resekował; przypadek zakończył się śmiertelnie. Szycie było bardzo trudne; szew skórny był możliwy tylko na pewnej części rany, resztę musiał Dr. Wehr pofastrygować.

Dr. Kapelusz (z Biały) wspomina o przetoczkach w okolicy pępka, powstałych z pozostałości *ductus omphalomesaraicus*.

Dr. Sawicki (z Warszawy) zabiera głos w sprawie pokrywania braków powstałych w powłokach brzusznych po wycięciu guzów i przytacza dwa spostrzegane przez siebie przypadki (jeden w oddziale Dra Krajewskiego w Warszawie), w których pomimo znacznych braków w powłokach brzusznych samo zeszycie skóry wystarczyło do zupełnego wygojenia.

Prof. Obaliński spostrzegał w praktyce swojej cztery razy dehiscencyę ran laparotomijnych; w trzech przypadkach nastąpiło wygojenie, jeden (rak) zakończył się śmiertelnie. W jednym z tych przypadków komplikacya ta wystąpiła po miomektomii wskutek silnego kaszlu. W podobnych przypadkach należy zawsze próbować szyć; prof. Obaliński zaleca przy tem swój sposób; jeśli sieć nie wystarcza, można podsunąć pod brzegi rany wielki płat gazy jodoformowej i szyć na nim. Gaza jodoformowa przykrywa jelita a zarazem służy za doskonały knot wyprowadzający wydzielinę z jamy brzusznej na zewnątrz. W dwu przypadkach, operowanych w powyższy sposób, rozwinęły się na jelitach pod gazą jodoformową doskonałe granulacye. Sposobu tego można użyć i w świeżych przypadkach t. j. tam, gdzie starczy sieci.

Dr. Kryński (z Krakowa) zapytuje się, w jakim celu prof. Obaliński zaleca swój sposób w przypadkach świeżych.

Prof. Obaliński odpowiada, że nie zaleca tego sposobu jako reguły w postępowaniu, lecz tylko zwrócił uwagę, że w pewnych okolicznościach sposób ten może i w świeżych przypadkach znaleść zastosowanie.

Dr. Sawicki (z Warszawy) dodaje do swojego poprzedniego przemówienia, że w przytoczonych przez niego przypadkach skóra przeszła w zgorzel na nieznacznym tylko obszarze, zresztą utrzymała się zupełnie dobrze.

XIV. Dr. Schramm (ze Lwowa): Przyczynek do kazuistyki kamieni moczowych.

Dr. Schramm okazuje kamień moczowy, wydobyty z pęcherza moczowego chorego, cierpiącego na kamienie pęcherzowe od lat czterech. Operacya, przez którą wydobyto okazany kamień, była już trzecią z rzędu. Pierwsze dwie operacye wykonał Dr. Schramm metodą prof. Rydygiera, ostatnią zaś zwykłym sposobem. Po przepiłowaniu kamienia okazało się, że utworzył się on naokoło szwu jedwabnego, który się dostał (prawdopodobnie wyropiał) do jamy pęcherza. Być może, że i druga recydywa powstała w podobny sposób. Błony śluzowej pęcherza Dr. Schramm nie szył; o metodzie prof. Rydygiera wyraża się Dr. Schramm z wielkiem uznaniem, mógł bowiem przekonać się o jej zaletach przy drugiej oraz trzeciej operacyi na żywym; badając palcem błonę śluzową pęcherza w miejscu dawniejszego cięcia nie można było wykazać rozstępu tej błony.

Dr. Gabryszewski (z Krakowa) zwraca uwagę, że wobec tego należałoby szyć katgutem; przytacza przypadek z niemieckiej literatury, w którym utworzył się również kamień pęcherzowy naokoło szwu, który dziwnym sposobem dostał się z okolicy pęcherza do jego wnętrza.

Dr. Kryński (z Krakowa) przytacza przypadek kliniczny, przez siebie operowany, w którym w 2 tygodnie po herniotomii w miejscu przepukliny wystąpił guz chełbocący; był to ropień a w ropie znaleziono pętlę jedwabną, którą była podwiązana brama przepuklinowa.

Prof. Obaliński sądzi, że Dr. Kryński musi się mylić, że nie była to pętla, którą była podwiązana brama przepuklinowa, ale podwiązka, która spadła z sieci.

III. dzień zjazdu dnia 13. lipca. Posiedzenie V. o g, 10. rano.

Z powodu choroby Dra Gabryszewskiego zapowiedziany przez niego wykład: O wynikach leczenia operacyjnego gruźlicy stawów i kości (z przedstawieniem chorych) oraz wykład Dra Słapy: O wynikach konserwatywnego leczenia gruźlicy stawów i kości nie mogły dojść do skutku. Żałowano niezmiernie, że dyskusyę nad tą ważną kwestyą musiano odłożyć na kiedyindziej, zwłaszcza, że miała ona być niejako dalszym ciągiem odnośnych obrad zjazdu zeszłorocznego, na którym prof. Obaliński w porozumieniu z prof. Rydygierem tę sprawę poruszył oraz zainicyował zbiorowe badania w tej kwestyi. Na zjeździe zeszłorocznym przedstawiano i roztrząsano wyniki lecznicze

w gruźlicy stawów i kości, uzyskane w oddziale szpitalnym prof. Obalińskiego; w roku bieżącym miano przedstawić wyniki lecznicze, otrzymane w klinice chirurgicznej prof. Rydygiera, oraz w oddziale chirurgicznym szpitala dziecinnego św. Ludwika, pozostającym również pod dyrekcyą prof. Rydygiera.

Prof. Rydygier cofa swój zapowiedziany wykład: O wycinaniu włókniaków macicy wobec wielu wykładów, zapowiedzianych przez innych członków zjazdu oraz wobec nielicznego udziału ginekologów w tegorocznym zjeździe chirurgów polskich.

Prof. Rydygier komunikuje członkom zjazdu, że porozumiał się bliżej z kolegami z Warszawy w sprawie umieszczania dokładnych sprawozdań, w *Przeglądzie chirurgicznym*, wydawanym przez Dra Krajewskiego. Po bliższem rozpatrzeniu się w tej sprawie, dochodzi prof. Rydygier do wniosku, że umieszczanie prac zjazdu jako całości we wspomnionym pamiętniku przedstawiałoby pewne trudności i mogłoby być niedogodnem zarówno dla autorów, jako też i dla samego wydawcy. W r. b. pamiętnik zjazdu wyjdzie z pewnością, najpóźniej w październiku; jest więc pożądanem, by autorzy przysyłali swoje wykłady pod adresem sekretarza zjazdu, doc. Dra Bossowskiego w ciągu najbliższych czterech tygodni. Jeśli który wykład nie zostanie w ciągu tego czasu nadesłanym, wydrukuje się go w pamiętniku według notatek stenograficznych. Gdyby fundusze nie pozwoliły wydać w pamiętniku rozpraw zjazdu w całości, prosi prof. Rydygier o upoważnienie ze strony członków zjazdu do zarządzenia odpowiednich skróceń w sprawozdaniach z dyskusyi.

Prof. Obaliński nadmienia, że najdłuższy wykład na tegorocznym zjeździe, t. j. jego własna praca o niedrożności jelit wyjdzie w całości mniej więcej w tym samym czasie, co i pamiętnik zjazdu i prawdopodobnie będzie drukowany w tej samej drukarni; ta okoliczność ułatwi więc wydawnictwo pamiętnika, gdyż będzie można skorzystać z tego samego odbicia.

Dr. Sawicki uprzedza, że nie będzie mógł nadesłać swoich wykładów w ciągu najbliższych 4-ech tygodni, gdyż wybiera się z Krakowa w dalszą podróż na kilka tygodni.

XV. Prof. Pieniążek (z Krakowa): Przypadek raka nagłośni, operowany za pomocą *pharyngotomia subhyoidea.*

Prof. Pieniążek referuje o własnym przypadku raka nagłośni, który przechodził na fałdy nalewkogłośniowe (*pli-*

cae aryepiglotticae) i był operowany już w późnym okresie choroby, t. j. wówczas, gdy cierpienie względnie zaszło daleko. Trzeba było wyciąć całą głośnię aż do dna; ażeby móc wyciąć wszystkie zajęte przez raka części, połączył prof. Pieniążek *pharyngotomiam subhyoideam* z laryngofisurą; tracheotomii przedtem nie zrobiono. Krwotok podczas operacyi był bardzo znaczny. Wprowadzono duży tampon do *cavum pharyngis* i wciągnięto go ku krtani, pod nim założono kaniulę w *lig. conicum*; chorego żywiono przez sondę, rana się zagoiła i stan po operacyi był wcale dobry. Jak z góry przewidywano, chory po wycięciu nagłośni łykał zupełnie dobrze. W przypadku prof. Pieniążka wystąpiła recydywa dosyć wcześnie; prawdopodobnie przypadek ten dałby się był uratować, gdyby radykalną operacyę wykonano wcześniej, zanim rak tak znacznie się rozprzestrzenił; tymczasem w przypadku tym chory zgłosił się do operacyi zbyt późno. Prof. Pieniążek sądzi, że *pharyngotomia subhyoidea* w przypadkach raka nagłośni jest uzasadniona i może dać dobre wyniki. Niebezpieczeństwo ze spływania krwi do tchawicy można usunąć, operując przy zwieszeniu głowy lub też założywszy kaniulę tamponową. Metoda ta nadaje się tembardziej w przypadkach dobrotliwych nowotworów nagłośni, nie dających się usunąć endolaryngealnie. Operując w powyższy sposób, ma się doskonały przystęp do części chorobowo zmienionych.

XVI. Dr. Sawicki (z Warszawy): O stopie końskiej wskutek zapalenia żył.

Pomimo to, że zapalenie żył jest cierpieniem stósunkowo częstem, powstanie stopy końskiej na tem tle należy do rzadkości. W przypadkach takich oprócz zwykłych objawów występuje charakterystyczny skurcz i nieruchomość palców stopy. Objaw ten polega na skurczu zginacza wspólnego długiego, zginacza palucha długiego i goleniowego tylnego. Zapalenie, szerzące się w sąsiedztwie żył przechodzi na mięśnie i wywołuje w nich ów charakterystyczny skurcz. Leczenie polega w podobnych przypadkach na masowaniu, elektryzowaniu mięśniów przeciwniczych oraz przecięciu ścięgna.

Dr. Sawicki obserwował 2 przypadki stopy końskiej powstałej wskutek zapalenia żył u robotników, zajętych kopaniem ziemi. W przypadku pierwszym wystąpiło zapalenie około żyły *saphenae maj. et minoris* u 30 letniego robotnika; po jakimś czasie stopa przybrała ustawienie stopy końskiej a palce przykurczyły się i pozostawały nieruchome

w tem położeniu. Ruchy bierne palców były możliwe, ale bolesne. Również naciskanie na palce było bolesne. Ucisk na masy mięsne łydki nie wywoływał bólu, ale na łydce można było wyraźnie wykazać pewne punkta bolesne, odpowiadające przebiegowi żył. — Chory wypisał się ze szpitala ze znaczną poprawą; chodzenie jednak pozostało bardzo utrudnionem. W drugim podobnym przypadku wystąpiło cierpienie na obydwu nogach; na jednej palce były zupełnie nieruchome, na drugiej ruchy palców były tylko w znacznym stopniu ograniczone. W przypadku tym stósowane wcierania, wilgotne okłady z kwasu karbolowego, kąpiele i masowanie. Cierpienie było bardzo uporczywe. Po dwumiesięcznym pobycie w szpitalu, chory rozpoczął próby chodzenia, lecz stopy męczyły się przy tych próbach bardzo prędko. Chód tego chorego był bardzo charakterystycznym: wysuwał jednę nogę naprzód, opierał się na kulach, posuwał drugą nogę na palcach i nagle zmieniał sytuacyę.

Prof. O b a l i ń s k i nadmienia, że obserwował podobny przypadek, ale nie było w nim opisanych przez Dra S a w i c k i e g o objawów na palcach.

XVII. Dr. S a w i c k i (z Warszawy): P r z y c z y n e k d o e t y o l o g i i w r o d z o n y c h z w i c h n i e ń s t a w ó w.

Mowca demonstruje fotografije dziecka, przedstawiającego liczne zmiany patologiczne w stawach oraz mięśniach wszystkich kończyn. Matka urodziła poprzednio dwoje zdrowych dzieci; w dwa lata po drugiem urodziła trzecie, nieprawe dziecko. Ostatni poród odbył się zupełnie prawidłowo; nie można było również wykazać nic patologicznego ani w łożysku ani też w zachowaniu się pępowiny. Zmiany, obserwowane u tego dziecka polegały głównie na zwichnieniach, przykurczeniach i niedowładach kończyn. Lewa dolna kończyna była ułożona na brzuchu i piersiach i skręcona w kierunku na wewnątrz. W stawie biodrowym była *luxatio obturatoria*, ruchy w tym stawie były znacznie ograniczone. Nad krętarzem wielkim widać tylko bliznę. Podudzie zwichnięte było ku przodowi (na 13°). Stopa przedstawiała zmiany właściwe stopie kopytoszpotawej (*pes equino-varus*). Zanik mięśni na przedniej stronie podudzia był znaczniejszy, aniżeli na tylnej. Prawa kończyna dolna była w stawie udowym i kolanowym znacznie zgięta i przykurczona; ruchy w stawach tych były odpowiednio ograniczone. W kończynach górnych były również przykurczenia, znaczniejsze w prawej, aniżeli w lewej; w kiściach odgiętych ku tyłowi był niedowład. Rączki były ułożone pod brodą. Chcąc wyjaśnić etyo-

logię powyższego przypadku, można odrazu wykluczyć uraz, *hydrops art.* i *synovitis fungosa*; również nie można przyjąć w tym przypadku za czynnik etyologiczny ucisku, jaki wywierają ściany macicy w razie nieznacznej ilości wód płodowych. Zmiany, które przedstawia przypadek, o którym mowa, nie odpowiadają również obrazowi *ataxiae congenitae* Jasińskiego. Dr. Sawicki sądzi, że w tym przypadku przyczyną, która wywołała opisane zmiany w stawach i mięśniach, była jakaś sprawa zapalna; za tem przypuszczeniem przemawia blizna nad krętarzem. Skutkiem sprawy zapalnej powstały zboczenia, które się odbiły w układzie nerwowym, i wystąpiły zmiany odżywcze.

Prof. Mars (z Krakowa) nie przypuszcza, żeby w etyologii przypadku Dra Sawickiego odgrywały jakąś rolę więzy Simonarda, które wywołują zupełnie inne zboczenia. Natomiast do wytłómaczenia powyższego przypadku wystarcza przyjąć jakąś zwykłą sprawę zapalną (ospa, odra), którą przebyło dziecko podczas życia płodowego.

XVIII. Prof. Rydygier: O sztucznej przetoce pochwowo-odbytnicowej.

Prof. Rydygier przedstawia nowy sposób zakładania sztucznej przetoki pochwowo-odbytnicowej na operowanej chorej klinicznej oraz na modelu gipsowym odlanym na wzór modelów, składających plastyczny atlas prof. Marsa. W demonstrowanym przypadku operował prof. Rydygier raka cewki moczowej, który się rozszerzył na pęcherz. W takich przypadkach odprowadza się mocz sztucznie założoną przetoką przez odbytnicę, ale sposób ten ma tę złą stronę, że kał dostaje się odwrotną drogą do pęcherza; ztąd w dalszym ciągu zajęcie miedniczek nerkowych i fatalne następstwa. Nowy sposób prof. Rydygiera polega na tem, że tworzy się na tylnej ścianie pęcherza rodzaj zastawki, otwierającej się tylko w kierunku od pęcherza do odbytnicy, nie zaś odwrotnie. W tym celu wycina prof. Rydygier z tylnej ściany pęcherza znaczny trójkąt, który zeszywa w kształcie litery y. Dolny koniuszek trójkąta przyszywa się do ściany odbytnicy, po bokach zaś pozostają otwory, przez które mocz dostaje się z pęcherza do odbytnicy, kał zaś, przeciskając się przez odbytnicę, przyciska zastawkę do tylnej ściany pęcherza i zamyka w ten sposób komunikacyę między temi dwoma organami. Przedstawiona chora jest już wygojona; pochwa jest zamknięta, powstała tylko mała przetoczka po szwie. Dalsza obserwacya, wykaże czy kał w rzeczywistości nie będzie się dostawał do pę-

cherza, i będzie można przekonać się o tem, zwracając uwagę na ewentualne wystąpienie objawów zapalenia pęcherza w razie niedostatecznego działania wytworzonej zastawki.

Ciąg dalszy dyskusyi nad wykładem Dra Kleckiego.

Dr. Klecki zastrzega się przede wszystkiem, że zakomunikował zjazdowi chirurgów wyniki poszukiwań swoich w formie tymczasowego doniesienia; sama praca nie jest jeszcze napisana a wykład opierał się na pamięci i krótkich notatkach mowcy; stąd powstały w wykładzie tym niejasności i braki, których z pewnością nie będzie w pracy drukiem ogłoszonej. Projekt zajęcia się opracowaniem orzeczonej kwestyi zawdzięcza mowca prof. Cybulskiemu, któremu też składa Dr. Klecki podziękowanie a do podziękowania tego czuje się tem bardziej zobowiązanym, że prof. Cybulski żywo interesował się jego pracą a nawet asystował przy paru pierwszych doświadczeniach. W odpowiedzi na punkty przytoczone przez prof. Cybulskiego oświadcza Dr. Klecki, że wobec koniecznej potrzeby oczyszczania nietylko chemicznego, ale i mechanicznego światła jelita, wykluczanie dłuższych pętli jest niemożliwe, gdyż tylko wykluczając krótkie pętle i wprowadzając do jelita kankę irygatora, to z jednej, to z drugiej strony ma się pewne szanse dokładnego przemycia błony śluzowej. Ażeby zaś z góry wybierać pewne pętle jelitowe, trzeba robić ewentracyę, co pogarsza wynik operacyjny, który i bez tego nie jest pewnym. Mówiąc o działaniu bakteryobójczem soku żołądkowego, opierał się Dr. Klecki nie na własnych spostrzeniach, ale na pracach Hamburgera, Kabrebla, Straussa i Wurtza, Kasta, Cohna i innych autorów, którzy zgodnie twierdzą, że w soku żołądkowym jedynie kwas solny działa przeciwgnilnie, pepsyna zaś w tym względzie nie odgrywa żadnej roli.

W odpowiedzi prof. Obalińskiemu przytacza Dr. Klecki, że doświadczenia, na których opiera się jego praca, wykonał jedynie w celach fizyologicznych, wyniki zaś operacyjne otrzymano tylko ubocznie, przy sposobności doświadczeń chirurgicznych. W odpowiedzi prof. Browiczowi przywodzi Dr. Klecki w skróceniu protokoły sekcyj, przy których prof. Browicz był obecnym, oraz rezultaty badania mikroskopowego wykluczonych pętli. W odpowiedzi prof. Gluzińskiemu oświadcza mowca, że pierwszy zarzut wytoczony przez prof. Gluzińskiego tyczy się nie pracy jego, ale pamięci; zapomniał bowiem przytoczyć, że we

wszystkich doświadczeniach wykluczono pętle jelita cienkiego i że podczas sekcyi zanotowano następujące dane: wagę zwierzęcia, długość całego przewodu pokarmowego, długość wykluczonej pętli oraz oznaczono w centymetrach miejsce szwu jelitowego, a więc odległość wykluczonej pętli od żołądka i od kiszki ślepej. Dane te są dokładnie zanotowane i będą umieszczone w protokółach sekcyjnych. Dr. Klecki nie zgadza się na to, by pozostawienie w wykluczonych pętlach masy bakteryi stwarzało w pętlach tych warunki bardziej zbliżone do warunków fizyologicznych, aniżeli usunięcie większej części bakteryj ze światła wykluczonego jelita; przeciwnie bakterye unoszące się i wytwarzające nieobojętne produkty w zamkniętej przestrzeni z pewnością musiałyby wywierać szkodliwy wpływ na otaczające je tkanki; w doświadczeniach Dra Kleckiego bakteryj nie wykluczono w zupełności w żadnym przypadku a chodziło mu głównie właśnie o zbadanie zachowania się samej ściany jelita, nie zaś działania na nią bakteryj. Wybór środka przeciwgnilnego w celu desinfekcyi błony śluzowej jelita nie jest wcale tak obojętnym, jak twierdzi prof. Gluziński; wszak wiadomo, że pomimo jednakowego pod względem chemicznym działania różnych środków przeciwgnilnych różne tkanki znoszą działanie jednych środków, działania zaś innych nie znoszą. W odpowiedzi Drowi Kryńskiemu oświadcza Dr. Klecki, że zarzuty przez niego wytoczone byłyby najcięższemi, gdyby się opierały na danych rzeczywistych. Tymczasem Dr. Kryński powołuje się na doświadczenia Reichla, których wyniki mają być wrzekomo niezgodnemi z wynikami Dra Kleckiego i twierdzi, że ich Dr. Klecki nie uwzględnia. Skoro mowca przytoczył doświadczenia Reichla, liczy się z niemi; co się zaś tyczy ich wyników, przytacza Dr. Klecki szczegółowo protokóły tych doświadczeń i na ich podstawie wykazuje, że doświadczenia te bynajmniej nie uzasadniają zarzutu, jaki zrobił Dr. Kryński; przeciwnie, żadne z tych doświadczeń nie jest czystem, t. j. nie odpowiada wymaganiom Dra Kleckiego, nadto jedno z nich potwierdza pomimo to wyniki doświadczeń Dra Kleckiego. Następnie zaznacza Dr. Klecki, że używał soku żołądkowego zawierającego 1.5 : 1000 HCl., nie zaś 1 : 1000, jak to mówił Dr. Kryński, oraz powołuje się jako na dowód nieszkodliwości płynu tego dla błony śluzowej jelita na preparaty mikroskopowe, z pętli tych otrzymane a ustawione podczas posiedzenia zjazdu pod mikroskopami. Dr. Kryński

twierdzi, że płyn ten nie mógł być obojętnym dla błony śluzowej jelita; nie przytacza jednak na to żadnego dowodu. W końcu oświadcza Dr. Klecki, że komórki kielichowate zachowują się w wykluczonych pętlach pod względem liczebnym (w porównaniu z odpowiedniem jelitem prawidłowem) bardzo rozmaicie; nie można więc z ilości ich wyprowadzać żadnych pozytywnych wniosków. W uzupełnieniu przemówienia Dra Sawickiego dodaje Dr. Klecki, że odczyn kwaśny w świetle jelita cienkiego stwierdzono i podano w pracy Macfadyena, Nenckiego i Sieberowej oraz, że odczyn ten polega nie na obecności kwasu solnego, lecz na obecności kwasów organicznych.

Z powodu spóźnionej pory zapowiedziana sekcya psa, któremu Dr. Klecki wykluczył pętlę jelita cienkiego przed 70 dniami, nie doszła do skutku podczas posiedzenia zjazdu.

Również nie odbyły się wykłady Dra Sawickiego (z Warszawy): W sprawie ropni wątroby oraz Dra Kryńskiego (z Krakowa): O antyseptyce w jamie brzusznej.

Ciąg dalszy dyskusyi nad wykładem prof. Obalińskiego.

Prof. Gluziński jeszcze raz oświadcza, że objawy przytoczone przez prof. Obalińskiego nie są jedynemi objawami patognostycznemi w niedrożności jelit, że występnją one częstokroć późno i że brak ich bynajmniej nie wyklucza mechanicznej niedrożności jelita. Internista, zawezwany do przypadku, w którym rozpoznanie nie jest pewne, musi myśleć o wielu innych chorobach, przede wszystkiem zaś o *ileus paralyticus*. Co się zaś tyczy terapii, to nawet w tych przypadkach, w których z pewnością rozpoznano niedrożność mechaniczną, można się czasami obejść bez operacyi. Prof. Gluziński, będąc asystentem kliniki wewnętrznej, miał przypadek mechanicznej niedrożności jelita, przywieziony do kliniki na 6-ty czy 7-my dzień po wystąpieniu choroby. Po stósowaniu przez noc całą masażu, wysokich wlewań i elektryzacyi, chory oddał stolec i laparotomia stała się zbyteczną. Jeśli objawy przytoczone przez prof. Obalińskiego wystąpiły, przemawiają one za mechaniczną niedrożnością; wobec późnego ich występowania niepodobna jednak żądać od internistów, by w przypadkach wątpliwych rozpoznawali sprawę po upływie pierwszych 12-tu godzin po zasłabnięciu.

Prof. Rydygier przypomina prof. Obalińskiemu, że nieobecny na dzisiejszem posiedzeniu Dr. Schramm zapytywał się, czy wobec systemu, jakiego przez tak długi

czas trzymał się prof. O b a l i ń s k i, t. j. wobec tego, że każdy przypadek niedrożności jelita, nawet wątpliwy, laparotomował próbnie, nie zdarzyło się, że operacya w danym przypadku okazała się niepotrzebną.

Prof. O b a l i ń s k i odpowiada, że okazało się to w jednym przypadku (na 110).

Prof. R y d y g i e r oświadcza w dalszym ciągu, że przypadki mechanicznej niedrożności jelita, które dostają się do kliniki chirurgicznej, stanowią materyał, który już był przeszedł przez ręce lekarzy; rocznie przybywa do kliniki po 3—4 takich przypadków. Przy usilnej pracy asystentów udaje się w niektórych przypadkach, w których ruchy przeciwrobaczkowe jelit już były wystąpiły, sprowadzić stolec za pomocą środków mechanicznych. W zaparciu kałowem znacznego stopnia może również wystąpić zwiększenie się ruchu robaczkowego jelita. Nie podlega wcale dyskusyi, że należy operować w każdym przypadku niedrożności jelita, powstałe. wskutek zmian bliznowatych w jamie otrzewnej; rozpoznanie jednak w podobnych przypadkach bywa czasami bardzo trudne a nawet niepodobne. W praktyce prywatnej stosunki są jednak odmienne, jak w klinice: w klinice, mając wszystko pod ręką, można prędzej zwlekać z operacyą i próbować wywołać stolec środkami mechanicznemi, gdyż chory jest stale pod okiem lekarza; w praktyce prywatnej nie zawsze to jest możebnem; ztąd pochodzi zarzut, że czasami operuje sie njepotrzebnie. Prof. R y d y g i e r, uwzględniając trudności rozpoznania, nie żąda od internistów dyagnozy tak wczesnej, jak tego pragnie prof. O b a l i ń s k i, lecz sądzi, że rozpoznanie w trudnych przypadkach i zawiłych może wymagać i dwóch do trzech dni po zasłabnięciu. Objawy przytoczone przez prof. O b a l i ń s k i e g o w rozpoznaniu choroby bezwątpienia ważną odgrywają rolę; mowca prosi prof. O b a l i ń s k i e g o o wyjaśnienie, kto właściwie pierwszy zwrócił uwagę na ruch przeciwrobaczkowy w niedrożności jelita: prof. O b a l i ń s k i czy S c h l a n g e?

Doc. Dr. B o s s o w s k i (z Krakowa) występuje głównie przeciwko zapatrywaniu się prof. G l u z i ń s k i e g o, jakoby w niektórych przypadkach mechanicznej niedrożności jelita można było obejść się bez operacyi. Mowca powołuje się na przypadki kliniczne z czasów swojej asystentury w klinice chirurgicznej. W roku 1888 przybył do kliniki chory z objawami *ileus*; przez energiczne stósowanie wlewań Hegara wywołano wreszcie stolec i chory po 3 dniach zakład opu-

ścił. Po upływie 7 miesięcy przybył powtórnie do kliniki również z objawami *ileus*; wlewania nie pomogły już jednak. Operacya wykazała uchyłek Meckela i uwięźnięcie jelita około tego uchyłka. Wycięto jelito. Przypadek ten zakończył się śmiertelnie. W drugim przypadku rozpoznano w klinice zatkanie jelit kałem (*obstructio intestini stercoralis*); przez wlewania Hegara wywołano stolec; chory począł gorączkować, przeniesiono go do kliniki wewnętrznej, gdzie zmarł. Sekcya wykazała skręcenie, zgorzel i przedziurawienie zagięcia esowatego. Na zasadzie tych dwóch przypadków dochodzi mowca do wniosku, że sprowadzenie stolca przez wlewania Hegara nie zawsze daje wyniki pomyślne dla chorego. Gdyby w pierwszym przypadku przystąpiono odrazu do operacyi, chory mógłby być uratowanym. Doc. Dr. Bossowski obserwował trzeci przypadek, w którym chorego przez 12 dni po zasłabnięciu bezskutecznie leczono w domu. Nareszcie przywieziono go do kliniki, gdzie również po wlewaniach Hegara przez 2 godziny udało się sprowadzić stolec. W stolcu tym znalazł mowca kalomel i inne leki poprzednio zadawane w masie kałowej zupełnie niezmienione, które oczywiście więc nie mogły były zupełnie działać na ustrój. Gdyby wcześniej w przypadku tym wykonano operacyę, chory byłby z pewnością rychlej uleczony.

Dr. Wehr (ze Lwowa) zgadza się z profesorem Gluzińskim, że brak objawów przytoczonych przez prof. Obalińskiego nie wyklucza mechanicznej niedrożności jelita. Z drugiej strony objawy te występują czasami w przypadkach nienadających się zupełnie do operacyi. W jednym przypadku, w którym wystąpiły objawy niedrożności jelita i w którym już zdecydował się na laparotomię, okazało się, że objawy te sprowadził tampon, pozostawiony w odbytnicy po operacyi hemoroidów.

Dr. Sawicki (z Warszawy) przytacza przypadek z kliniki chirurgicznej warszawskiej, w którym wystąpiły objawy niedrożności jelita; wzdęcie ogólne brzucha było niewielkie, wzdęcie zaś miejscowe w okolicy kątnicy bardzo znaczne. Prof. Jefremowskij wykonał laparotomię, nie znalazł przyczyny niedrożności, założył *anus praeternaturam*. Chora umarła a przy sekcyi (dokonanej przez Dra Przewoskiego) nie można było wykazać w przewodzie pokarmowym żadnych zmian anatomicznych prócz nieżytowych.

Dr. Blatteis (z Krakowa) zwraca uwagę, że w ostrem zapaleniu otrzewny samodzielnem występują często te same objawy (zapad, wymioty, kłębowanie jelit i t. d.) jak w mechanicznej niedrożności jelita. Nie mamy więc w niektórych przypadkach żadnego kryteryum do rozróżnienia tych chorób od siebie.

Prof. Mars (z Krakowa) uważa, że w tych przypadkach mechanicznej niedrożności jelita, w których nie wystąpiły objawy przytoczone przez prof. Obalińskiego, występują często inne objawy, z których można sądzić o naturze cierpienia. Zresztą na tem polu niezbędne są jeszcze dalsze badania, które być może, wykażą jeszcze i inne objawy. Prof. Mars obserwował przypadek, w którym powoli nagromadziły się w jelicie bardzo znaczne masy kałowe; w przypadku tym występowały ruchy robaczkowe jelit, ale ruchy te były bardzo powolne. Dalej zapytuje się prof. Mars prof. Obalińskiego, jak zakończyły się te przypadki, w których nie operował. W jednym przypadku obserwowanym wspólnie z prof. Obalińskim, w którym i prof. Obaliński nie uważał laparotomii za wskazaną, nastąpiło obfite wypróżnienie po zadaniu makowca.

Prof. Rydygier sądzi, że w tych przypadkach, w których rozpoznanie jest wątpliwe, można się namyślać przez jeden lub dwa dni nie czyniąc tem choremu wielkiej krzywdy. Wzdęcie brzucha miejscowe i ruchy przeciwrobaczkowe w przypadkach mechanicznej niedrożności jelita nie zawsze dadzą się wykazać klinicznie. Jeśli jest skręconem S rzymskie, wzdęcie brzucha jest bardzo wielkie a po za wzdętą pętlą leży niemal całe jelito cienkie tak, że ruchów przeciwrobaczkowych często dostrzedz nie można. Pod względem rozpoznawczym mają objawy, przywiedzione przez prof. Obalińskiego, wielką doniosłość; nie są one jednak ani tak stałe, ani tak patognostyczne, jak twierdzi prof. Obaliński.

Prof. Gluziński (z Krakowa) zwraca uwagę, że pomimo objawów przytoczonych przez prof. Obalińskiego lekarz jest często w pewnych przypadkach w kłopocie nie tylko co do natury, ale i co do siedliska choroby. W *enteroptosis* np. czasami miewa się wątpliwości, czy wydęte jelito jest żołądkiem, czy też kiszką grubą. Talma wykazał, że ponad zwężeniem jelita wskutek zboczeń w krążeniu gromadzą się w pętli doprowadzającej nietylko gazy, ale i treść płynna. Trzeba więc baczyć na to, jaką jest treść wzdętej pętli. Dalej odpiera mowca zarzuty doc. Dra Bossowskiego oraz wspomina o *asphyxia vomitoria*, jako

o przyczynie śmierci podczas operacyi w przypadkach niedrożności jelita. Zdaniem prof. Gluzińskiego wymioty następują tu nie płynem nagromadzonym ponad przeszkodą, lecz płynem nagromadzonym w żołądku; w takich przypadkach należy więc usunąć niebezpieczeństwo przez przepłukanie żołądka.

Prof. Walentowicz (z Krakowa). Większe zwierzęta domowe, np. konie, chorują bardzo często na *ileus*, zwłaszcza z powodu *volvulus*. Samo wzdęcie brzucha niczego nie dowodzi; rozpoznanie nie opiera się więc bynajmniej na tym objawie. Za to są znane w weterynaryi pewne pozycye, jakie chore zwierzęta stale w cierpieniu tem przybierają. Inną jest pozycya, jaką koń przybiera w niedrożności jelita cienkiego, inną w niedrożności jelita grubego. Objawy te występują z taką stałością, że rozpoznanie może się na nich oprzeć z zupełną pewnością.

Dr. Wehr (ze Lwowa) wyraża prof. Walentowiczowi podziękowanie za przytoczenie tak ciekawej okoliczności z dziedziny weterynaryi; Dr. Wehr sądzi, że należałoby zwracać uwagę w tym względzie w przypadkach niedrożności jelit u ludzi.

Prof. Rydygier: W 3-ch przypadkach skręcenia zagięcia esowatego wyciął prof. Obaliński całą pętlę i zaleca ten sposób; prof. Rydygier wątpi, czy to jest potrzebnem we wszystkich przypadkach, i sądzi, że odpowiednie skrócenie krezki wystarcza. W odpowiedzi prof. Gluzińskiemu oświadcza prof. Rydygier, że przed 7-mu laty zalecał pompę Kussmaula, przed 5 czy 6 laty już przestrzegał, by wypompowywać żołądek poprzednio, t. j. na jakiś czas przed operacyą na jelicie.

Dr. Kapelusz (z Biały) komunikuje sposób postępowania w *asphyxia vomitoria* praktykowany w bialskim szpitalu.

Prof. Obaliński w końcowem swojem przemówieniu oświadcza, że cała dyskusya nad jego wykładem była nadzwyczaj pouczającą i znacznie przyczyniła się do wyświecenia ważności objawów występujących w mechanicznej niedrożności jelita. Przypadki przytoczone przez doc. Dr. Bossowskiego są najbardziej przekonywającemi w tem znaczeniu, że należy operować nawet wątpliwe przypadki niedrożności jelita jak najwcześniej. W odpowiedzi prof. Rydygierowi oświadcza prof. Obaliński, że pierwsze spostrzeżenia należą do niego, później zaś niezależnie od niego Schlange opracował tę kwestyę, następnie zaś

znów prof. Obaliński skorzystał z danych ogłoszonych przez Schlangego. Z przemówień niektórych mowców podczas dyskusyi nad wykładem prof. Obalińskiego wypada, że ścisłe pojęcie miejscowego wzdęcia brzucha nie jest dla wszystkich jasne. Chcąc więc pojęcie to należycie wyjaśnić, rysuje prof. Obaliński szematycznie przekrój brzucha oraz zmiany jelita, stanowiące t. zw. wzdęcie brzucha miejscowe (*localer Meteorismus* w znaczeniu Wahla). Wahl i jego uczniowie wykazali, że w pewnych przypadkach, gdzie jakaś pętla jelita została w całości zaciśniona, powstaje w pętli tej znaczne wzdęcie. Pętla taka po jakimś czasie traci zdolność wszelkiego ruchu robaczkowego i jest w jamie brzusznej w ten sposób unieruchomioną. Jeśli zaciśnięcie trwało stosunkowo krótko, pętla może powrócić do stanu prawidłowego; jeśli zaś zaciśnienie trwa przez czas dłuższy, występują prócz porażenia w pętli takiej zboczenia w krążeniu i pętla wypaca do wnętrza jelita i na zewnątrz, t. j. do jamy brzusznej płyn. Powyżej unieruchomionej zaciśnionej pętli istnieje jeszcze przez jakiś czas ruch robaczkowy; gdy wypocony do jamy otrzewnowej płyn wraz z bakteryami wywoła ogólne zapalenie otrzewnej, wszelkie ruchy robaczkowe ustają wskutek porażenia jelit. Jeżeli wzdęta pętla znajduje się w jamie brzusznej bardzo głęboko, nie można jej czasami wykazać. Jeśli nastąpiło skręcenie całego jelita cienkiego lub też znacznej jego części, wzdęcie brzucha jest oczywiście bardzo znaczne; cały brzuch jest wówczas wydęty, występuje tu jednak bardzo charakterystyczny objaw: wzdęcie brzucha nie jest jednostajne a na brzuchu rysują się wyraźnie wypuklenia, odpowiadające wydętym pętlom jelita cienkiego. W pętlach tych nie można wykazać żadnego ruchu; wydęte jelito cienkie jest w całości unieruchomione. Z tego objawu rozpoznaje prof. Obaliński z pewnością skręcenie jelita cienkiego w całości.

Prof. Obaliński jeszcze raz zwraca uwagę na ważność wiadomych objawów pod względem rozpoznawczym i dodaje, że w tych przypadkach, w których objawy te nie wystąpiły, należy czas jakiś wyczekiwać. W dwu przypadkach, obserwowanych przez mowcę niemal od chwili zasłabnięcia, wystąpiły dane objawy już po upływie pierwszych 12-tu godzin. W przypadku przytoczonym przez Dra Wehra lekarz powinien był w każdym razie zbadać odbytnicę a wówczas byłoby się uniknęło niespodzianki. W odpowiedzi prof. Rydygierowi oświadcza prof. Obaliński, że w przypadkach skręcenia zagięcia esowatego wycinał tylko znaczną część

skręconego jelita, pozostawiał zaś pewną, wystarczającą część tego jelita. W końcu wyraża prof. Obaliński nadzieję, że być może w niedalekiej przyszłości, dyagnostyka niedrożności jelita jeszcze dalej będzie mogła postąpić.

Prof. Rydygier nadmienia dodatkowo, że w *asphyxia vomitoria*, zwymiotowany płyn pochodzi przeważnie z żołądka.

XIX. Prof. Rydygier. Przyczynek do operowania raka sutka.

Prof. Rydygier demonstruje dwa przypadki kliniczne raka sutka już wygojonego, w których zmodyfikował cięcie skórne. Prof. Rydygier, operując raka sutka, preparuje, o ile tylko można, wszystkie zmienione części a przytem zabiera w każdym przypadku powięź piersiową i odsłania jamę pachową, wyłuszczając w razie potrzeby wszystkie części miękkie po dokładnem wypreparowaniu naczyń i nerwów. Zdarza się po takiej operacyi, że blizna po cięciu przedłużonem przez środek jamy pachowej zrasta się w tem miejscu z naczyniami i nerwami. Skutkiem tego występują bóle za ruchami ramienia. Modyfikacya, którą do operacyi tej wprowadził prof. Rydygier, polega na tem, że w cięciu skórnem na przednim brzegu mięśnia najszerszego grzbietu formuje płatek do tyłu. Dzięki tej modyfikacyi blizna nie zrasta się z nerwami i wygojone chore nie mają bólów podczas ruchów ramienia.

XX. Dr. Kryński (z Krakowa) O nowotworach rakowych w skórze, wychodzących z gruczołów potnych.

Dr. Kryński komunikuje wyniki badania histologicznego zmian w skórze, operowanych w dwu przypadkach w klinice chirurgicznej krakowskiej. W jednym przypadku zmiana znajdywała się na górnej wardze, w drugim w kącie szczęki dolnej. W jednym z tych przypadków rozpoznawano klinicznie kaszak. Badanie histologiczne wykazało w obydwu przypadkach typowe przybłoniaki, wychodzące z gruczołów potowych. Nowotwory te są pod względem klinicznym o tyle ciekawe, że zmiany w gruczołach limfatycznych występują w podobnych przypadkach bardzo późno. Dr. Kryński demonstruje preparaty mikroskopowe zrobione z tych przypadków.

Doc. Dr. Trzebicky, jako skarbnik zjazdu, komunikuje uczestnikom zjazdu, że kasę zjazdu skontrolowano.

Prof. Rydygier, jako przewodniczący Zjazdu, dziękuje członkom za udział w obradach i wytrwałą pracę podczas posiedzeń Zjazdu. Pomimo wątpliwości, jakie na po-

czątku Zjazdu można było mieć co do jego wyniku, okazało się, że Zjazd tegoroczny wydał plon obfity. Następny zjazd chirurgów odbędzie się za 2 lata, gdyż w roku przyszłym chirurdzy polscy obradować będą na zjeździe ogólno lekarskim i przyrodniczym we Lwowie. Na przyszłym zjeździe chirurgicznym będzie bardzo pożądanym udział ginekologów. Prof. Rydygier wyraża w końcu życzenie, by na przyszłym zjeździe zebrali się w komplecie wszyscy dotychczasowi uczestnicy Zjazdów i zamyka V. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie.